

LEBENSGESCHICHTE UND ERKRANKUNG
PSYCHOSOMATISCHE UND PSYCHOSOZIALE UNTERSUCHUNGEN
AN PATIENTEN MIT SYSTEMISCHEM LUPUS ERYTHEMATOIDES

Susanna Weingart

Disbui. München

1987



AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER
LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner

LEBENSGESCHICHTE UND ERKRANKUNG
PSYCHOSOMATISCHE UND PSYCHOSOZIALE UNTERSUCHUNGEN AN PATIENTEN MIT
SYSTEMISCHEM LUPUS ERYTHEMATODES

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Susanna Weingart

aus
München
1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554824_0003

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. M. Schattenkirchner

Mitberichterstatter: 1. Prof. Dr. N. Zöllner
2. Prof. Dr. E. Pöppel

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. O. Seidl

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 02.07.1987

für alle, die
meinen Weg zu
dieser Arbeit
begleitet haben

" ... daß ich meine Krankheit nicht nur bekomme und habe,
sondern auch mache und gestalte;
daß ich mein Leiden nicht nur dulde und fortwünsche,
sondern auch brauche und will ...".

V. v. WEIZSÄCKER

INHALTSVERZEICHNIS

EINFÜHRUNG UND FRAGESTELLUNG

ZUR PSYCHOSOMATIK DES SYSTEMISCHEN LUPUS ERYTHEMATODES - (SLE) - THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND LITERATURÜBERSICHT

1. Psychosozialer "Stress", Trauma und Erkrankungsrisiko -
Ein Vergleich von Literaturbeiträgen aus Stressforschung und psycho-
analytischer Forschung
 - 1.1. Psychosoziale Stressoren bzw. Traumen und individuelle Bewältigungs-
strategien - Gemeinsamkeiten von Streßforschung und psychoanalytischer
Forschung
 - 1.2. Bewältigungsmöglichkeiten von psychosozialen Stressoren am Beispiel
von Verlusterfahrungen - Beiträge aus der psychosozialen Streßforschung
 - 1.3. Verarbeitungsmöglichkeiten von Traumen am Beispiel von Verlusterlebnis-
sen - aus psychoanalytischer Sicht
2. Wirkung von psychosozialen Faktoren auf das Immunsystem -
Forschungsergebnisse aus der Psychoneuroimmunologie
 - 2.1. Einige Grundlagen zur Funktionsweise des Immunsystems
 - 2.2. Umwelt, Immunsystem und ZNS
 - 2.3. Psychosoziale Faktoren und ihre Einwirkung auf das Immunsystem -
Beobachtungen an Tieren und Menschen
 - 2.4. Überblick im Schaubild
 - 2.5. Kritische Würdigung des derzeitigen Forschungsstandes der
Psychoneuroimmunologie
3. "Psychische Auffälligkeiten" bei Personen mit SLE - Eine Literaturübersicht
 - 3.1. "Psychische Auffälligkeiten" bei Personen mit der Diagnose SLE -
Klassifikationsversuche
 - 3.2. Ätiologische Faktoren "psychischer Auffälligkeiten" bei SLE-Patienten -
Stand der Forschung

METHODE

1. Theoretische Voraussetzungen zur Methode der Gesprächsführung

- 1.1. Einige Wesenszüge des Gesprächs zwischen Arzt und Patient
- 1.2. Die klinisch-biographisch orientierte Methode

2. Methode der vorliegenden Untersuchung

- 2.1. Auswahl und Zugang zu den Befragten
- 2.2. Die Gesprächssituation im Interview
- 2.3. Die Datenstrukturierung und -auswertung

ERGEBNISSE

Lebensgeschichtliche Erfahrungen der befragten Patienten mit SLE

1. Daten zur sozialen Situation in der Kindheit der Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

- 1.1. Lebensraum und soziale Situation in der Kindheit der Befragten sowie Stellung in der Geschwisterreihe
- 1.2. Sozialstatus der Mutter (in der frühen Kindheit der Befragten)
- 1.3. Sozialstatus des Vaters (in der frühen Kindheit der Befragten)

2. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung nach MAHLER (1978) - (anhand der Gesprächsprotokolle)

- 2.1. Negative Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen - (anhand der Gesprächsprotokolle) nach MAHLER (1978)
- 2.2. Positive Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen - (anhand der Gesprächsprotokolle) nach MAHLER (1978)
- 2.3. Keine Angaben der Befragten zu den Unterpunkten 1 bis 4

3. Aspekte der Beziehung zum Vater - (anhand der Gesprächsprotokolle)
 - 3.1. Negative Bewertung von väterlichem Verhalten - (anhand der Gesprächsprotokolle)
 - 3.2. Positive Bewertung von väterlichem Verhalten - (anhand der Gesprächsprotokolle)
4. Chronifizierte Konfliktsituationen in der Beziehung zu Eltern und Partner
 - 4.1. Ablösungskonflikt mit den Eltern
 - 4.2. Chronifizierte Konfliktsituationen der Partnerschaft
5. Aktuelle Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem tatsächlichen, drohenden oder phantasierten Verlusterlebnis
 - 5.1. Konfliktsituation im Zusammenhang mit der Beziehung zu einer nahestehenden Person
 - 5.2. Konfliktsituation im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit
 - 5.3. Konfliktsituation im Zusammenhang mit einem Ortswechsel
6. Einige Aspekte des Selbstbildes der befragten Personen - (anhand der Gesprächsprotokolle)
 - 6.1. Kontaktverhalten (im Selbstbild)
 - 6.2. Konfliktverhalten (im Selbstbild)
 - 6.3. Spannung und Kontrolle im Selbstbild und im Verhalten der Befragten
 - 6.4. Stimmungslage (in der Selbsteinschätzung)
 - 6.5. Die Bedeutung von Arbeit und Leistung (im Urteil der Befragten)
 - 6.6. Die Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung - (im Urteil der Befragten)



DISKUSSION

1. Diskussion der Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

- 1.1. Aspekte der frühkindlichen Entwicklung und der Verhaltensweisen von später an SLE erkrankten Personen
- 1.2. Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn - Interpretationsmöglichkeiten zur Bedeutung der Erkrankung im Leben von SLE-Patienten
- 1.3. Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse zur Lebensgeschichte von SLE-Patienten unseres Kollektivs mit Personen, die an chronischer Poliarthrititis bzw. Carcinomen erkrankt sind

2. Allgemeine Kritik der Methode

- 2.1. Das Problem von Subjektivität und Objektivität im Bereich der psychosomatischen Forschung: empirisch-analytische Verfahren versus biographische Verfahren
- 2.2. Die Sprache als Vermittlerin von Information und das "interpretative Dilemma" (HOHL)
- 2.3. Das Problem der Datenstrukturierung von nicht-standardisierten Interviews
- 2.4. Aspekte der Interpretation von Ergebnissen der klinisch-biographisch orientierten Methode und ihre Probleme bei der Anwendung von klassischen Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung
- 2.5. Typizität versus Repräsentativität - Zur Aussagekraft von kasuistisch dargestellten Stichproben der klinisch-biographisch orientierten Methode

3. Spezielle methodische Probleme unserer Untersuchung

- 3.1. Probleme der Selektion unseres Kollektivs
- 3.2. Probleme des Zugangs zu den Befragten - Gründe für eine Absage bzw. Zusage zum Erstgespräch
- 3.3. Probleme der Interviewdurchführung
- 3.4. Probleme bei der Datenstrukturierung und -auswertung

Z U S A M M E N F A S S U N G

A N H A N G

1. Daten zur sozialen Situation in der Kindheit (der Befragten)
2. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung - nach MAHLER, 1978 (anhand der Gesprächsprotokolle)
3. Aspekte der Beziehung zum Vater (anhand der Gesprächsprotokolle)
4. Chronifizierte Konflikte in der Beziehung zu Eltern und Partner
5. Aktuelle Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem tatsächlichen, drohenden oder fantasierten Verlusterlebnis
6. Einige Aspekte des Selbstbildes der befragten Personen (anhand der Gesprächsprotokolle)

AUSSAGEN ZUR LEBENSGESCHICHTE EINZELNER PERSONEN - DATEN IN KASUISTISCHER DARSTELLUNG

7. Die frühe Mutter-Kind-Beziehung im Urteil der Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)
8. Die Beziehung zum Vater im Urteil der Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)
9. Lebensgeschichtliche Erfahrungen bis zum Krankheitsausbruch - Manifestationsbeginn des SLE - Ein Überblick anhand der Gesprächsprotokolle

L I T E R A T U R Ü B E R S I C H T

EINFÜHRUNG UND FRAGESTELLUNG

Der Systemische Lupus Erythematoses (SLE) ist eine relativ seltene Krankheit aus der Gruppe der Kollagenosen bzw. der Autoimmunkrankheiten.

Die Symptome des SLE wurden zum ersten Mal 1828 von dem französischen Dermatologen BIETT beschrieben. Inspiriert durch die klassischen Gesichtserytheme seiner Patienten, die ihn an einen Wolfsbiß erinnerten, gab er der Krankheit den Namen "Lupus" - Wolf (HALL, 1981). Erst 50 Jahre später wurde von HEBRA und KAPOSI festgestellt, daß bei diesen "Lupus"-Patienten neben der Haut auch die inneren Organe betroffen sind.

Die Krankheitssymptome sind vielfältig: Neben Arthritis und Arthralgien, Hautbeteiligung, Nephritis, ZNS-Manifestation, Pleuritis, Pericarditis und Raynaudsymptomatik können Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit und Fieber sowie Blutbildveränderungen und eine Reihe weiterer klinischer Symptome oder Laborveränderungen betrachtet werden.

Die Pathogenese der Erkrankung an SLE konnte bisher nur in Ansätzen geklärt werden: Nach dem derzeitigen Wissenstand ist die im gesunden Organismus vorhandene Immuntoleranz bezüglich körpereigenem Gewebe gestört. Es entwickeln sich Autoantikörper, v. a. gegen Zellkernstrukturen. Im Komplex mit den zugehörigen Antigenen lagern sie sich an der Basalmembran kleiner Arterien und Arteriolen ab. Die resultierende Entzündung des gefäßführenden Bindegewebes bildet die Grundlage der bekannten Krankheitssymptome.

Entgegen früherer Lehrmeinung hat diese Erkrankung nicht in jedem Fall einen schnellen und dramatischen tödlichen Ausgang. Die betroffenen Personen können akut, chronisch oder in Schüben erkranken; der Krankheitsverlauf kann über Jahre symptomlos bleiben oder innerhalb weniger Monate zum Tode führen. Die häufigsten Todesursachen sind Urämie, Blutungen, ZNS-Erkrankungen sowie bakterielle Infektionen. Die Lebenserwartung der SLE-Patienten wird durch die Nieren- oder ZNS-Manifestation bestimmt.

Systemischer Lupus Erythematoses ist in erster Linie eine Erkrankung von Frauen. Die Zahlenangaben zur Relation weiblicher und männlicher SLE-Patienten schwanken in der Fachliteratur zwischen 1:5 und 1:20 (DUBOIS, 1976;

KELLEY, 1981; HARRISONS, 1983). Am häufigsten erkranken Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, aber auch Erkrankungen von Kindern sowie von Personen im fortgeschrittenen Lebensalter kommen vor.

Die Ursachen bzw. die Einflußfaktoren für die Manifestation der SLE-Erkrankung blieben bisher trotz intensiver Forschungsarbeiten im Dunkeln. Um so größer ist die Zahl der diskutierten Hypothesen:

- Eine beträchtliche Gruppe von Forschern beschäftigt sich fast ausschließlich mit biologischen Determinanten, die an der Krankheitsentstehung beteiligt sein könnten - das Interesse gilt hier v. a. hormonellen und genetischen Faktoren. In der vorliegenden Arbeit wird auf diesen Fragenkomplex nicht näher eingegangen; wir verweisen hierzu auf die reichhaltige Literatur (vgl. DUBOIS, 1976).
- Einen zweiten Schwerpunkt des Interesses bildet die Beschäftigung mit den Wirkungen "exogener Faktoren" (SÖNNICHSEN, 1979) bzw. der "environmental factors" (ZVAIFLER, 1981). Darunter verstehen die Autoren in erster Linie chemisch-physikalisch faßbare Einflüsse wie UV-Strahlung, akute und chronische Virusinfektionen und Medikamente. Psychosoziale Faktoren werden auch zu dieser Gruppe gerechnet. Sofern man sie überhaupt berücksichtigt, werden sie meist nur am Rande erwähnt. Bei der Lektüre solcher Untersuchungen (z. B. Mac NEILL, 1976; KRONFOL, 1977; RAVINDRAN, 1980) findet man zwar eine Reihe interessanter Details aus der Lebensgeschichte von SLE-Patienten, in den seltensten Fällen jedoch werden diese Angaben im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge mit der Erkrankung untersucht.
- Lediglich eine kleine Gruppe von Autoren/innen zeigt einen Forschungsansatz, bei dem biographische Details in einer Zusammenschau mit der Erkrankung betrachtet und gewürdigt werden: Mc CLARY (1955); BLUMENFIELD (1978); KREINDLER (1979) sowie KÄMMERER (1981); KREINDLER (1981); SCHÖTTLER (1981); KRÖGER (1981).

In dieser biographisch orientierten Literatur über Krankheit und Leben von SLE-Patienten werden Aspekte ihrer frühkindlichen Entwicklung, ihrer Verhaltensweisen und Konfliktbewältigungsstrategien, ihrer Beziehung zu den Eltern, zum Partner und zum weiteren sozialen Umfeld sowie lebensgeschichtliche Ereignisse im Zeitraum vor der Manifestation der Krankheitssymptome ausführlich besprochen und kritisch diskutiert.

Einen weiteren Eckpfeiler auf dem Weg zu einem besseren Verständnis einer Beziehung von Krankheit und Lebensgeschichte liefert eine neue Forschungsrichtung, die "neuropsychimmunology" (ADER, 1981). Wegen des zunehmenden Interesses an einer Ätiologieforschung von Störungen im Immunsystem, besonders im Hinblick auf Tumorerkrankungen und AIDS, hat dieser Forschungsbereich in den letzten Jahren eine stürmische Entwicklung durchgemacht. Sein interdisziplinärer Ansatz bezieht immunologische Studien, klinische Beobachtungen, psychosoziale Streßforschung und (ansatzweise) auch psychoanalytische Forschung ein.

Vor diesem Hintergrund von biographisch orientierter Literatur über Personen mit SLE-Erkrankung und den neueren Erkenntnissen der Psychoneuroimmunologie entwickelten wir unsere Fragestellung über psychosoziale Einflußfaktoren bei der Erkrankung an SLE.

Auf der Grundlage der genannten theoretischen Voraussetzungen standen folgende Fragen im Zentrum unseres Interesses:

1. Bestanden bei einer Mehrzahl der untersuchten Personen mit SLE im Zeitraum vor der Manifestation der Erkrankung belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen?
2. Waren diese Erlebnisse gekennzeichnet durch aktuelle oder chronifizierte Konfliktsituationen im Zusammenhang mit tatsächlichen oder drohenden Verlusten von Personen, Sachen oder Lebensräumen?
3. War das Erleben dieser Verluste möglicherweise geprägt durch störende Einflüsse auf die frühkindliche Entwicklung oder / und schwierige Bedingungen im gesellschaftlichen Umfeld dieser Personen?
4. Wie konnten lebensgeschichtliche Erfahrungen von den betroffenen Individuen verarbeitet werden?
5. Stellte diese Art der Verarbeitung möglicherweise eine "fördernde Bedingung" (permissive setting - SCHMALE, 1972) für die Manifestation der Erkrankung an SLE dar?

Diesen Fragen gingen wir in unserer Untersuchung nach und verglichen sie mit den Ergebnissen der Forschungsliteratur.

Unsere Untersuchung wurde ermöglicht durch die Existenz eines Spezialzentrums für Diagnostik und Therapie rheumatischer Erkrankungen; der Rheumambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität München. Hier liegt ein Arbeitsschwerpunkt in der Früherkennung von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis. Es werden etwa 40 Personen mit der Diagnose SLE betreut. Neben Personen, die schon seit vielen Jahren mit dieser Erkrankung leben, konnten wir dort auch mit Patienten/innen zusammentreffen, die erst kurze Zeit an SLE erkrankt sind.

Die erste Vorauswahl unserer Untersuchungsgruppe umfaßte 39 Personen mit der Verdachtdiagnose SLE; bei 32 von ihnen konnte die Diagnose gesichert werden. 24 Personen, 20 Frauen und 4 Männer, waren zu einer psychosomatisch orientierten Untersuchung bereit.

Als Untersuchungsmethode wählten wir das klinisch-biographisch orientierte Gespräch. Diese Methode eröffnete uns im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes einen Zugang zu den befragten Personen, der den häufig angewandten quantitativen Verfahren wie Tests und Fragebögen verschlossen bleibt. Besonderheiten dieser Methode werden im theoretischen Grundlagenkapitel dargestellt. Allgemeine und spezielle methodische Probleme bei der Anwendung der klassischen Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung auf diesen methodischen Ansatz werden in der methodenkritischen Diskussion ausführlich behandelt.

In der Vergangenheit wurde dem biographisch orientierten, subjektiven Zugang zu SLE-Patienten und ihrer Lebensgeschichte häufig mit dem Hinweis entgegengetreten, es handle sich bei diesen Patienten um psychisch "kranke" Personen mit SLE-bedingtem Hirnbefall. Es scheint uns daher notwendig, uns mit dieser Sichtweise, die in der existierenden Forschungsliteratur breiten Raum einnimmt, in einem eigenen Kapitel kritisch auseinanderzusetzen. Nach einer Begriffsklärung der semantischen Verwirrung zum Thema "psychiatric symptoms" in der angloamerikanischen Fachliteratur beschäftigen wir uns mit dem Stand der Forschung über die mögliche Ätiologie "psychischer Auffälligkeiten" von SLE-Patienten und unterziehen sie einer kritischen Würdigung.

Unsere Untersuchung soll dem bislang vorwiegend biologisch-naturwissenschaftlichen Denkansatz der ätiologischen SLE-Forschung verstärkt eine ganzheitliche Sichtweise hinzufügen. Sie soll das bisherige Forschungsspektrum ergänzen, nicht ersetzen. Monokausale Erklärungsversuche können nach unserer Meinung dem komplexen Zusammenspiel von Faktoren, die einen Menschen an SLE erkranken lassen, nicht gerecht werden.

Nach unserer Einschätzung und Erfahrung geschieht die Erkrankung eines Menschen in der Regel nicht "aus heiterem Himmel". In den meisten Fällen "passiert" das Krank-werden in einer ganz bestimmten Konstellation von biologischen Gegebenheiten und psychosozialen Einflüssen.

Nach KELLNER ist die Krankheit einer Person Ausdruck einer

" einheitlich übergreifend psychophysischen Regulationsschwäche.

Sie ist als geminderte Ordnungsfähigkeit der psychischen und physischen Steuerung zu verstehen. Die Unzulänglichkeit der Regulation ist genetisch begründet, sie wird situativ hervorgerufen und tritt als Disharmonie der Ordnungsformen in Erscheinung.

In der Erbmasse vorgeprägte Unstimmigkeiten der Regulation schaffen eine Anfälligkeit in der psychosomatischen Organisation

Die beeinträchtigte psychosomatische Organisation ist anfällig für die Einwirkung exogener Noxen". (Gemeint sind hier somatische und psychosoziale Faktoren, die als Noxen wirken. - die Verfasserin).

Wir hoffen, mit dieser Arbeit einen Beitrag zu einem ganzheitlicheren Verständnis von Personen mit einer Erkrankung an SLE zu leisten und die komplexen Zusammenhänge von Krankheit und Lebensgeschichte ein Stück zu erhellen.

Für die Überlassung des Themas möchte ich Herrn Professor Schattenkirchner meinen Dank aussprechen. Mein Dank gilt auch den Patientinnen und Patienten der Rheumaambulanz für ihre Bereitschaft, Einblick in ihre oft schwierigen Lebenssituationen und schmerzlichen Erfahrungen zu gewähren.

Außerdem gilt mein Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Rheumaambulanz und der Psychosomatischen Beratungsstelle der Poliklinik München für ihre kontinuierliche Hilfsbereitschaft und fachliche Unterstützung. Insbesondere möchte ich mich bei Herrn Dr. Pfleger und Herrn Dr. Dr. Seidl bedanken, die mich durch ihre freundliche und gelegentlich kritische Beratung und Geduld in meinem zähen Ringen mit der komplexen Thematik unterstützt haben.

Ebenso möchte ich meiner Kollegin und Freundin Maria Anna Glaessel danken. Gemeinsam konnten wir auch schwierige Phasen der Projektarbeit in Freundschaft und solidarischer Unterstützung bewältigen.

Meinen Eltern möchte ich für ihre ideelle und finanzielle Unterstützung meines Forschungsvorhabens danken, meinen Freundinnen und Freunden für ihren rücksichtsvollen Umgang mit mir, wenn mein Geist wieder einmal um das Thema meiner Arbeit kreiste, für ihr Interesse und ihre guten Anregungen.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Lebensgefährten danken - ohne seinen liebevollen Zuspruch in in schwierigen Arbeitsphasen wäre das Projekt möglicherweise nie fertiggestellt worden.

ZUR PSYCHOSOMATIK DES SYSTEMISCHEN LUPUS ERYTHEMATODES (SLE) - THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND LITERATURÜBERSICHT

In einem ersten Kapitel werden individuelle Verarbeitungsmöglichkeiten von lebensgeschichtlich belastenden Ereignissen dargestellt. Dabei werden Literaturbeiträge von Streßforschung und psychoanalytischer Forschung miteinander verglichen.

Im zweiten Kapitel werden Grundlagen des Immungeschehens angesprochen und Forschungsergebnisse über die Wirkung psychosozialer Faktoren auf das Immunsystem zusammengestellt.

In einem dritten Kapitel sind Literaturbeiträge über psychische Auffälligkeiten von Patienten mit SLE und die Möglichkeit psychogenetischer Faktoren dargestellt.

1. Psychosozialer "Stress", Trauma und Erkrankungsrisiko - Ein Vergleich von Literaturbeiträgen aus Stressforschung und psycho- analytischer Forschung

1.1. Psychosoziale Stressoren, Trauma und individuelle Bewältigungs- strategien -

Gemeinsamkeiten von Streßforschung und psychoanalytischer Forschung

Das Wort "Streß" wird in Forschungs- und Alltagssprache in vielfältiger und häufig verwirrender Weise verwendet - ein "semantischer Alptraum" - meint ROGERS (1979).

Wir beziehen uns in dieser Arbeit lediglich auf die Theorie des "psychosozialen Stresses" (MEYER, 1983), die zuerst von der Schule von ENGEL und Mitarbeitern aufgestellt wurde und lassen die Erforschung körperlicher Streßstimuli außer Acht.

Psychosozialer Streß bedeutet nach MEYER "die individuelle Antwort auf die Kompatibilität oder Inkompatibilität der jeweiligen Lebenssituation". Als psychosoziale Stressoren werden Sachverhalte und Einflußfaktoren definiert, deren subjektive Bewertung zu starken positiven, v. a. aber auch negativen Emotionen führt (z.B. Ärger, Unzufriedenheit, Angst, Ent-

täuschung, Hoffnungslosigkeit im Bezug auf die momentane Lebenssituation). Als Auslöser wirken bedeutsame lebensgeschichtliche Ereignisse. Näher untersucht wurden - interessanterweise - v. a. Zusammenhänge zwischen emotional negativ getönten Erlebnissen, die als "life events" durch die Streßforschung, als "Traumata" durch die psychoanalytische Forschung untersucht wurden.

Zu den einschneidendsten Ereignissen im Leben eines Menschen gehören nach übereinstimmender Meinung beider Forschungsrichtungen Verlusterlebnisse.

Psychosoziale Stressoren bzw. traumatische Ursachen können bestehen im

- Verlust der Befriedigung von Triebbedürfnissen / Grundbedürfnissen
- Verlust der körperlichen Integrität und Funktionsfähigkeit durch Krankheit oder Verletzung
- Verlust eines geliebten / emotional besetzten Objektes durch Tod oder Trennung.

Das "verlorene" Objekt kann in einem Menschen, einer Sache oder einem Lebensraum bestehen, kann aber auch eine erzwungene Umstellung von Lebensweisen oder ein Abhandenkommen von Lebenszielen beinhalten. Dieses Verlusterlebnis kann bei einem Individuum ausgelöst werden durch

- einen tatsächlichen
- einen drohenden
- einen symbolischen

Verlust eines "key objects", also eines "Schlüsselobjekts" (ENGEL, 1962 - Streßforschung) bzw. eines "emotional besetzten Objektes" (Psychoanalyse).

Das Individuum wird nach einem Verlust - in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichem Erfolg - versuchen, dieses Erlebnis zu verarbeiten. Die Streßforschung hat hier unterschiedliche Anpassungs-, Bewältigungs- und Abwehrmechanismen beobachtet, in der psychoanalytischen Forschung wurde die Trauerarbeit und die Funktion der Ichabwehrmechanismen untersucht. Beide Forschungsansätze kamen zu dem Schluß, daß die individuellen Voraussetzungen für die positive Bewältigung eines einschneidenden lebensgeschichtlichen Ereignisses - wie eines Verlustes - unterschiedlich sind. Das heißt: der gleiche psychosoziale Stressor (bzw. das gleiche Trauma) ruft nicht bei jedem Individuum die gleiche Reaktionsstärke hervor. Die individuelle Reaktion auf ein Ereignis wird stark davon bestimmt, wie

bedrohlich das Individuum es erlebt ("conception of threat", KIELY, 1972 - Streßforschung). Sie ist abhängig davon, wie das Individuum im Laufe seiner persönlichen Geschichte Abwehrstrategien entwickelt hat ("coping"-Streßforschung), bzw. wie es aufgrund dieser Ichentwicklung diese Erfahrungen verarbeiten kann (Ich-Abwehrmechanismen - Psychoanalytische Forschung).

Neben der Art und der Intensität des Stressors / Traumas ist die Wirkung auf das Individuum stark von den unterschiedlichen individuellen biologischen (genetischen) und psychosozialen Faktoren abhängig. Zu den letztgenannten Faktoren gehört z. B. die Stellung des Individuums im sozialen Umfeld. Eine gute Integration und soziale Anerkennung ("social support") schützt das Individuum gegen negative Auswirkungen von Streßerlebnissen (COBB, 1976). Verlusterlebnisse sind hingegen besonders pathogen, wenn sie zu einem Zustand von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führen (Streßforschung) bzw. zu einer depressiven Reaktionsweise mit pathologischer Trauerreaktion (Psychoanalytische Forschung) führen.

Bei spezifisch dafür disponierten Personen (z. B. Personen, die in der als inadäquat bezeichneten Weise auf Verlusterlebnisse reagieren) führt ein derartiger psychosozialer Stressor (bzw. ein Trauma) häufiger zu einer Erkrankung bzw. zu einer Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit als bei Personen mit gut entwickelten Abwehr- (bzw. Ich-Abwehr-) Mechanismen (siehe später).

Die Erkenntnisse von psychoanalytischer Forschung und Streßforschung weisen wie oben gezeigt, grundlegende Gemeinsamkeiten auf, unterscheiden sich jedoch in theoretischen Grundlagen, methodischem Vorgehen und sprachlicher Vermittlung. Darauf soll nicht näher eingegangen werden.

1.2. Bewältigungsmöglichkeiten von psychosozialen Stressoren am Beispiel von Verlusterfahrungen - Beiträge aus der psychosozialen Streßforschung

Eine Vielzahl von epidemiologischen Studien lieferte Fakten, die einen Zusammenhang von psychosozialen Stressoren und Erkrankungsrisiko nahelegen. Einschneidende lebensgeschichtliche Ereignisse ("life events") scheinen dabei eine entscheidende Rolle zu spielen. Mit Hilfe sog. "life event

scores" versuchten ENGEL (1962) und seine Mitarbeiter und Schüler (z. B. SCHMALE, 1972), Auswirkungen von psychosozialen Streßerlebnissen zu quantifizieren. Life events wurden auf dieser Skala in der Rangfolge des mit ihnen korrelierten subjektiven Streßerlebens aufgetragen. Bei späteren Vergleichen mit Erkrankungsdaten ergaben sich besonders hohe Werte (und damit ein erhöhtes Erkrankungsrisiko) nach dem Verlust wichtiger persönlicher Beziehungen.

ENGEL und Mitarbeiter entwickelten das Konzept der individuellen Anpassungs-, Bewältigungs- und Abwehrmechanismen im Umgang mit Streßerlebnissen.

- Die befriedigende Bewältigung ("Coping") von Streßsituationen hat das Individuum im Laufe seiner persönlichen Geschichte entwickelt. Sie hilft ihm, z. B. Verlusterlebnisse nach einer Zeit der Trauer zu verkraften, die durch diese Situation ausgelösten Spannungen zu mindern, sein Selbstwertgefühl sowie seine interpersonellen Beziehungen zu stabilisieren.¹⁾
- Wenn die Abwehrmechanismen zur Streßbewältigung überfordert sind, ist dem Individuum keine aktive Handhabung seiner Umweltbeziehungen möglich. Es reagiert dann mit einer partiellen oder totalen Zurückweisung seiner Umwelt.

Die betroffene Person entwickelt dann Unlustgefühle, hat den Eindruck, Beziehungen würden zusammenbrechen und empfindet ein Gefühl von Hilflosigkeit und / oder Hoffnungslosigkeit ("helplessness", "hopelessness"), von völliger Ohnmacht.

Dieser Zustand, den SCHMALE (1972) als "giving-up / given-up-complex" bezeichnete, ist eine "fördernde Bedingung ("permissive setting"), unter der Krankheiten auftreten oder sich verschlimmern können.

Nach SHONTZ (1972) existiert zu Krankheitsbeginn oft eine instabile psychologische Situation. Das Individuum ist z. B. einer neuen Situation mit sich überschneidenden, z. T. widersprechenden Anforderungen ausgesetzt; oder die möglichen Verhaltensmuster in einer Situation sind mehrdeutig und widersprüchlich.

1) Prospektive Untersuchungen wurden nur in sehr geringem Umfang durchgeführt. Nach einer dieser wenigen Studien (THOMAS, 1976) waren Personen besonders widerstandsfähig gegen Erkrankungen, wenn sie eine optimistische Weltsicht, ein eher extravertiertes Temperament, ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl zeigten, gut funktionierende Coping-Mechanismen hatten und die Beziehung zu ihren Eltern herzlich war.

SELIGMAN (1979) versuchte, das Konzept des giving-up-Komplexe im Tierversuch durch ein Analogiemodell nachzuvollziehen. Hunde wurden in der ersten Phase des Versuchs Schmerzreizen ausgesetzt, denen sie nicht ausweichen konnten. Sie vermieden anschließend diese Reize auch dann nicht, wenn sie die Möglichkeit dazu hatten; sie hatten "Hilflosigkeit" erlernt.

SELIGMAN sah in diesem Versuch ein Analogiemodell depressiver Verarbeitungsweise von Streßerlebnissen.

1.3. Die Verarbeitung von Traumen am Beispiel von Verlusterlebnissen - aus psychoanalytischer Sicht

Nach Erkenntnissen der psychoanalytischen Forschung gehören Objektverluste zu den gravierendsten Einflüssen auf die Regulierung des Selbstwertgefühls. So steigt das Mortalitätsrisiko nach dem Verlust von emotional stark besetzten Objekten deutlich an. Untersuchungen über Personen nach dem Tod ihrer Lebenspartner belegen dies (SCHLEIFER, 1983; JORASCHKY, 1979).

In der Trauerarbeit versucht das Individuum, den Verlust zu bewältigen. Sie beinhaltet eine Abfolge von Anpassungsleistungen, z. B. initiale Verleugnung des Verlustes, den Ausdruck von Schmerz, evtl. eine Wendung von aggressiven Regungen gegen die eigene Person (wegen aggressiver Regungen gegen das verlorene Objekt), eine Suche nach ähnlichen Beziehungsformen wie der verlorenen o. ä. (nach GAUS, 1984).

Die Determinanten der Trauerreaktion sind nach GAUS; neben den Umständen des Verlustes, der Art der Beziehung zu dem verlorenen Objekt, den sozialen Auswirkungen des Verlustes auch frühkindliche Verlusterlebnisse und die Entwicklung der Ich-Abwehrmechanismen.

GAUS hat auch Hinweise für eine Trauerreaktion beschrieben, die über das als "adaequat" betrachtete Maß an Trauer über einen Verlust hinausgehen: somatische Reaktionen, heftige und langdauernde emotionale Verstimmungszustände, auffallende Veränderungen von Aktivitätsmustern, übertriebene Wut und Feindseligkeit, Rückzugsverhalten, extreme Schuldgefühle, Verwahrlosungstendenzen und persistierende Trauerrituale gehören zu dieser inadäquaten Reaktionsweise.

Der signifikante Verlust kann bei der folgenden depressiven Verarbeitung kognitive Verzerrungen im Sinne negativer Erwartungen bewirken, die sich auf die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft beziehen (nach GAUS, 1984).

Verlusterlebnisse sind besonders pathogen, wenn sie bei einem Individuum zu einem Zustand von Ohnmacht und Hilflosigkeit führen (s. a. helplessness - Streßforschung), der sich als depressive Erlebnisweise manifestiert.

Je mehr das verlorene Objekt narzißtische Bedürfnisse repräsentierte, um so mehr muß der Verlust zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen realem Selbstbild und Idealselbst führen. Daraus ergibt sich eine weitere Verstärkung negativer emotionaler Reaktionen.

Gemeinsamkeiten von Verlusterleben, Trauerreaktion und dem Mechanismus der Depression wurden von psychoanalytischen Forschern bereits zu Anfang dieses Jahrhunderts beobachtet. Neben FREUDs Arbeiten zu Trauer und Melancholie stellte ABRAHAM (1971) die Bedeutung signifikanter frühkindlicher Objektverluste und ihre Verbindung zu späteren Verlusterlebnissen in zwischenmenschlichen Beziehungen als Wiederholung der kindlichen Traumata fest. Er sah hierin den Ausgangspunkt für die Entstehung depressiver Reaktionsweisen.

2. Wirkungen von psychosozialem Streß auf das Immunsystem - Forschungsergebnisse der Psycho-Neuro-Immunologie

2.1. Einige Grundlagen zur Funktionsweise des Immunsystems

Das Immunsystem ist ein komplexes Netzwerk, das als Bindeglied des Individuums zur Umwelt fungiert und eine physiologische Homöostase dieses Lebewesens aufrechterhält. Nach bisherigen Erkenntnissen beinhaltet es zelluläre und humorale Anteile. Zu den zellulären Elementen zählen Granulozyten, Monozyten und Makrophagen, T-Lymphozyten (die sich unter dem Einfluß von Thymushormonen differenzieren) und B-Lymphozyten (die aus dem Knochenmark stammen). Die B-Zellen besitzen die Fähigkeit zur Antikörperproduktion und vermitteln so indirekt die humorale Immunantwort.

Die T-Zellen sind für die normale Funktion der zellulären Immunantwort verantwortlich, sie reagieren durch direkten Kontakt mit dem Antigen. Zu den T-Zellen sind T-Helfer, T-Suppressor-Zellen sowie zytotoxische "natural killer cells" zu rechnen.

Immunologische Kompetenz im Rahmen der Immunantwort bedeutet die Fähigkeit eines Individuums, Stoffe zu identifizieren, körpereigene Stoffe anzunehmen und als fremd erkannte Stoffe zurückzuweisen. Diese Fähigkeit bildet die Grundlage für eine normale Funktion des Immunsystems. Eine gestörte immunologische Kompetenz kann eine Vielzahl von Erkrankungen zur Folge haben:

- Ein gestörtes Erkennen körperfremder Stoffe oder Störungen beim Mobilisieren des Abwehrsystems sind eine wesentliche Voraussetzung für die Entstehung von Infektionen bzw. Carcinomen.
- Störungen beim Erkennen körpereigener Marker sind wichtig für die Pathogenese von Autoimmunkrankheiten, die sich im humoralen und zellulären Abwehrsystem manifestieren, und deren Ätiologie Gründe für zahlreiche Spekulationen liefert (vgl. Abschnitt über die Ätiologie-Forschung bei SLE).

Der Funktionszustand des Immunsystems wird neben den älteren in-vivo-Methoden (z. B. dem Tuberkulintest nach Mantoux) in neuerer Zeit v. a. durch eine Anzahl von in-vitro-Methoden erfaßt. Gemessen wird z. B. die Lymphozytenstimulierbarkeit durch Mitogene (mit Concanavalin A u. a.), die T-Lymphozytentoxizität, die Aktivität der natural killer cells u. a..

In vielen Arbeiten über Einflüsse auf die Immunantwort von Individuen wird die Lymphozytenstimulierbarkeit durch Mitogene gemessen, da sie gegenüber anderen Parametern (z. B. der Killer-cell-Aktivität) den Vorteil einer relativ guten Standardisierung besitzt (ROGERS, 1979).

Weitere Einzelheiten zur Funktionsweise des Immunsystems, seinem Zusammenhang mit der Hormonregulation und seiner Messung würden den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Sie sind in einschlägigen Lehrbüchern aufgeführt (JÄGER, 1983; KELLER, 1981; ROITT, 1984).

2.2. Umwelt, Immunsystem und ZNS

Zahlreiche Untersuchungen erbrachten Hinweise, daß das Immunsystem in Verbindung mit Strukturen des ZNS steht und so als Mittler zwischen Umwelt und Individuum fungiert. Veränderungen der Immunantwort durch Konditionierung oder Hypnose sowie unter Einfluß psychosozialer Faktoren dokumentieren diesen Zusammenhang eindrucksvoll.

Im folgenden Kapitel sind einige wichtige Forschungsergebnisse zusammengestellt.

2.2.1. Konditionierung und Immunsystem

Die Arbeit von ADER und COHEN (1975) war ein wesentlicher Meilenstein, durch den eine Verbindung von Psyche und Immunsystem vermittels des ZNS und neuroendokriner Mechanismen experimentell veranschaulicht wurde. Das Kernstück in ADERs und COHENs Forschung ist die Technik der Konditionierung.

In der klassischen Konditionierung - das bekannteste Beispiel ist der Hundeversuch des russischen Physiologen Iwan Pawlow - wird ein unkonditionierter Reiz ausgewählt (z. B. Futter), der eine unkonditionierte natürliche Reaktion, etwa Speichelfluß beim Hund, hervorruft.

Dann wird ein neutraler Reiz - beispielsweise ein Glockenzeichen - zusammen mit dem natürlichen, unkonditionierten Stimulus gekoppelt. In der Folge lernt das Tier, auf den neutralen Reiz genauso zu reagieren wie auf den natürlichen, der Speichel fließt also schon beim Glockensignal.

In der kontrollierten Studie von ADER und COHEN wurde Ratten gleichzeitig mit einer Zuckerlösung aus Saccharin Cyclophosphamid verabreicht. Dieser zweite Stoff zeigte bei den Tieren neben einem gastrointestinalen Unwohlsein auch immunsuppressive Wirkungen. Die Zuckerlösung stellte den konditionierten Stimulus dar, die Cyclophosphamidgabe den unkonditionierten Stimulus.

Nachdem die Tiere auf diese Versuchsanordnung konditioniert waren, wurde ihnen nur noch die Zuckerlösung verabreicht, die jetzt bei alleiniger Gabe einen immunsuppressiven Effekt zeigte. (Gemessen wurde diese Wirkung anhand erniedrigter Antikörpertiteranstiege bei Immunisierung mit Schaferythrozyten als Antigen).

Dieses Experiment einer klassischen Konditionierung bildete die Grundlage für eine umfangreiche Forschung auf dem Gebiet der "Psychoneuro-Immunologie", die wegen ihrer Orientierung am Behaviorismus auch "behavioral immunology" genannt wird. In einer Monographie von ADER (1981) findet sich eine Zusammenstellung wesentlicher Arbeiten zu diesem Thema. Tiefenpsychologische Ansätze sind hierbei allerdings kaum vertreten.

2.2.2. Konditionierung und Autoimmunerkrankung SLE

Bei Mäusen mit SLE konnten ADER und COHEN durch klassische Konditionierung den weiteren Verlauf dieser Erkrankung entscheidend beeinflussen. Wieder wurde einer Gruppe von Tieren Saccharin und Cyclophosphamid als konditionierter bzw. unkonditionierter Stimulus verabreicht (vgl. oben). Tiere, die mit keinem der Stoffe behandelt wurden sowie nicht konditionierte Tiere bildeten die Kontrollgruppen.

Der Krankheitsverlauf des SLE wurde bei diesen Gruppen miteinander verglichen - die Schwere der Erkrankung wurde jeweils anhand der Proteinurie (zum Nachweis der Nierenbeteiligung) sowie der Mortalität beurteilt.

Es zeigte sich, daß die Erkrankung bei den konditionierten Versuchstieren deutlich schwächer verlief als bei den Vergleichsgruppen (ADER, 1982). Auch dieses Experiment weist auf Zusammenhänge zwischen "Erfahrung", zentralnervöser Verarbeitung und Immunantwort hin.

2.2.3. Hypnose und Immunsystem

Ein Zusammenwirken von ZNS und Immunsystem wird auch durch Hypnoseexperimente nahegelegt.

Unter Hypnose wurde bei bekanntermaßen Tuberkulin-positiven Personen die verzögerte Immunreaktion im Tuberkulintest nach Mantoux beeinträchtigt. Die typischen Befunde von Erythem und Schwellung blieben aus, Hautbiopsien hingegen zeigten die abgelaufene Immunreaktion vom verzögerten Typ (BLACK, 1963).

2.3. Psychosoziale Faktoren und ihre Einwirkung auf das Immunsystem - Beobachtungen an Tieren und Menschen

Psychosozialer Streß hat eine Wirkung auf das Immunsystem (STICKL, 1981). Sein Einfluß auf den Beginn oder den Verlauf von Infektionskrankheiten, Karzinomen und Autoimmunerkrankungen wurde durch zahlreiche Beobachtungen an Säugetieren und Menschen belegt.

2.3.1. Beobachtungen an Tieren

2.3.1.1. Infektionskrankheiten

Die Versuchstiere zeigten unter Streßstimuli wie Lärm oder überfüllter Käfighaltung einen signifikanten Anstieg der Erkrankungshäufigkeit an virusbedingten Infektionskrankheiten im Vergleich zu Kontrollgruppen (JENSEN, 1963; JOHNSON, 1963; RASMUSSEN, 1969; HAMILTON, 1974). Andere Autoren konnten bei Tierversuchen einen gewissen Schutzeffekt durch psychosozialen Streß beobachten: Infektionskrankheiten wie Malaria (FRIEDMAN, 1973) oder Poliomyelitis (MARSH, 1963) verliefen dann im Vergleich zur Kontrollgruppe in leichterem Ausprägung.

2.3.1.2. Tumor- und Metastasenwachstum

Der Krankheitsverlauf bei Tieren mit experimentell implantierten Tumoren (RILEY, 1975) verlief deutlich schlimmer unter Streßbedingungen durch überfüllte Käfighaltung. Aber auch psychosozialer Streß durch Isolation von Artgenossen führte bei Versuchstieren (Mäusen) zu einem schnelleren Tumorwachstum (SKLAR, 1980). Bereits 1951 hatte MUHLBOCK in einer ähnlichen Versuchsanordnung eine hohe Inzidenz von Mamma-Carcinomen gefunden.

In MUHLBOCKs Untersuchung war die Häufigkeit von Mamma-Tumoren auch dann erhöht, wenn die Versuchstiere in ihrer Möglichkeit zu körperlicher

Bewegung gehemmt wurden. 1962 bestätigte HOFFMANN bei Versuchen mit Ratten dieses Ergebnis; im Vergleich zur Kontrollgruppe ergab sich ein hochsignifikantes Tumorstadium unter Streßbedingungen (Durchschnittstumorgewicht von 2.3 g der Kontrollgruppe im Vergleich zu 66.9 g). Tiere, welche die Möglichkeit hatten, einem akuten Streßstimulus auszuweichen, zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe ein vermindertes Tumor- bzw. Metastasenwachstum (SKLAR, 1979, 1981; PETERS, 1977). So war die Überlebenszeit von Mäusen, denen karzinogene Zellen appliziert worden waren und die die Möglichkeit hatten, Streßerlebnissen (durch Elektroschocks hervorgerufen) zu entkommen, deutlich höher als die der Kontrollgruppe, der dieser Ausweg versagt war (SKLAR, 1979).

2.3.1.3. Zelluläre Immunantwort

Akute psychosoziale Streßsituationen hatten eine Wirkung auf immunologische in-vitro-Reaktionen, die mit dem Blut von "gestreßten" Versuchstieren durchgeführt wurden. Dabei wurden eine verminderte Lymphozytenstimulierbarkeit durch Mitogene bei Mäusen (GISLER, 1974), eine verminderte Lymphozyten-Toxizität (MONJAN, 1977) sowie eine verminderte Transplantatabstoßung (AMKRAUT, 1972) als Indizien einer herabgesetzten zellulären Immunantwort der betroffenen Tiere gedeutet.

Bei einigen Untersuchungen über chronische Streßbelastung wurden Befunde erhoben, die einen biphasischen Verlauf der zellulären Immunantwort nahelegten.

So fand MONJAN (1977) bei Mäusen, die über Wochen einem Streßstimulus von chronischem Lärm ausgesetzt waren, in den beiden ersten Wochen nach Versuchsbeginn einen 50%igen Rückgang der Lymphozyten-Toxizität und der Stimulierbarkeit durch Mitogene (s. o.), nach drei Wochen allerdings einen deutlichen Anstieg dieser Parameter. Als Ursache dieses Ergebnisses diskutierten die Autoren mögliche hormonelle Einflüsse, z. B. durch Steroide und STH.

2.3.1.4. Humorale Immunantwort

Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen von Streßstimuli auf die humorale Immunität gibt es zur Zeit nur wenige.

Im Tierversuch scheinen Streßstimuli wie überfüllte Käfighaltung die Antikörperproduktion herabzusetzen, falls diese Streßereignisse vor oder kurze Zeit nach der Immunisierung erfolgen, und falls die Antigenmenge gering ist (SOLOMON, 1969). Bei einer Inokulation sieben Tage nach dem Streßereignis konnte dagegen keine Auswirkung auf die humorale Immunantwort festgestellt werden (SOLOMON, 1974).

2.3.1.5. Frühe Kindheit

Im Tierversuch beobachteten SOLOMON und Mitarbeiter (1968) an erwachsenen Ratten, die in der Kindheit einer taktilen Stimulation unterzogen worden waren, im Vergleich zu einer (nicht taktil stimulierten) Kontrollgruppe erhöhte Antikörper-Titer nach primärer und sekundärer Immunisierung mit Flagellin. Erfolgte diese Stimulierung eine Woche vor der Immunisierung, so war die Antikörper-Produktion im Vergleich zur ersten Versuchsanordnung erniedrigt.

DECHAMBRE (1981) übertrug früh (d. h. nach 15 Tagen) und regelrecht (d. h. nach 21 Tagen) von der Mutter entwöhnten Mäusen Aszites-Tumoren. Die regelrecht entwöhnte Gruppe überlebte deutlich länger.

Der gleiche Autor (DECHAMBRE, 1978) hatte bei Mäusen auch eine längere Überlebenszeit durch taktile Stimulation erreicht. Er konnte damit die Ergebnisse von LEVINE (1962) bestätigen.

2.3.2. Beobachtungen an Menschen

2.3.2.1. Infektionskrankheiten

Die Einflüsse von psychosozialen Stressoren (wie z. B. Verlusteriebnisse etc., vgl. Kapitel über psychosoziale Stressoren) auf den Beginn und den Verlauf von Infektionskrankheiten sind seit langem bekannt und Gegenstand

zahlreicher Untersuchungen (z. B. DAY, 1951 über Lungentuberkulose, IMBODEN, 1961 über Grippeerkrankung).

2.3.2.2. Tumoren und Metastasenwachstum

In einer Vielzahl von Untersuchungen wurden die Hypothesen der life-event-Forschung (vgl. Kapitel über psychosoziale Stressoren) bezüglich ihrer Gültigkeit für Beginn und Verlauf von Krebserkrankungen überprüft.

Psychosoziale Stressoren in Form von Verlusterlebnissen, die keine nachhaltigen psychischen Veränderungen des Individuums nach sich ziehen, haben nach Beobachtungen von FOX (1981) wenig Einfluß auf die Entstehung von Karzinomen. Dieser Autor konnte nach Streßereignissen mit nachhaltigen psychischen Veränderungen in Abhängigkeit vom Meßzeitpunkt sowohl ein gesteigertes Tumorwachstum als auch eine anschließende Hemmung dieses Wachstums beobachten.

Einschneidende Verlusterlebnisse in der Vorgeschichte der untersuchten Patienten, die zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit geführt hatten bzw. eine depressive Verarbeitung zur Folge hatten, waren korreliert mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko an Krebs, einer rascheren Progredienz der Erkrankung bzw. häufigeren Rezidivraten (SCHMALE, 1966; LESHAN, 1966; GREENE, 1969; BECKER, 1981).

2.3.2.3. Zelluläre Immunantwort

Bei Beobachtungen von Menschen unter Streßbedingungen fand sich eine Veränderung der zellulären Immunreaktion.

LOCKE (1978, 1984) fand bei einer Untersuchung über das Streßverhalten von College-Studenten eine Aktivitätsminderung der "natural killer cells". Sie war statistisch signifikant korreliert mit starken Streßstimuli und einer schlechten Funktion der Streßbewältigungsmechanismen ("poor coping" nach ENGEL, vgl. Kapitel über psychosoziale Stressoren) des betreffenden Probanden.

Einen vorübergehenden Abfall der Lymphozytenstimulierbarkeit zeigten Personen unter der Belastung von Prüfungsstreß (DORIAN, 1982), wobei auch

hier Probanden mit dem subjektiven Gefühl von starker Belastung eine ausgeprägtere Reaktion des Immunsystems aufwiesen als subjektiv weniger belastete Individuen.

In einer 1977 von BARTROP durchgeführten Studie, die in der einschlägigen Literatur als Pionierarbeit bezeichnet wird, wurden bei 26 Personen in den Wochen nach dem Tod ihres Lebenspartners die Lymphozytenstimulierbarkeit durch Mitogene, die Anzahl der Lymphozyten, die Titer von Antikörpern und Autoantikörpern sowie Hormonspiegel untersucht. Im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne Partnerverlust waren fast alle Werte unauffällig. Lediglich die Lymphozytenstimulierbarkeit war verändert; sie betrug fünf Wochen nach dem Todesfall das Zehnfache im Vergleich zur Kontrollgruppe (zwei Wochen nach dem Todesfall waren die Werte unauffällig gewesen). Die humorale Immunreaktion war zu beiden Zeiten normal. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt SCHLEIFER (1983).

2.3.2.4. Humorale Immunantwort

Über die Auswirkungen von Streß auf die humorale Immunantwort lagen uns zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Literaturarbeiten vor.

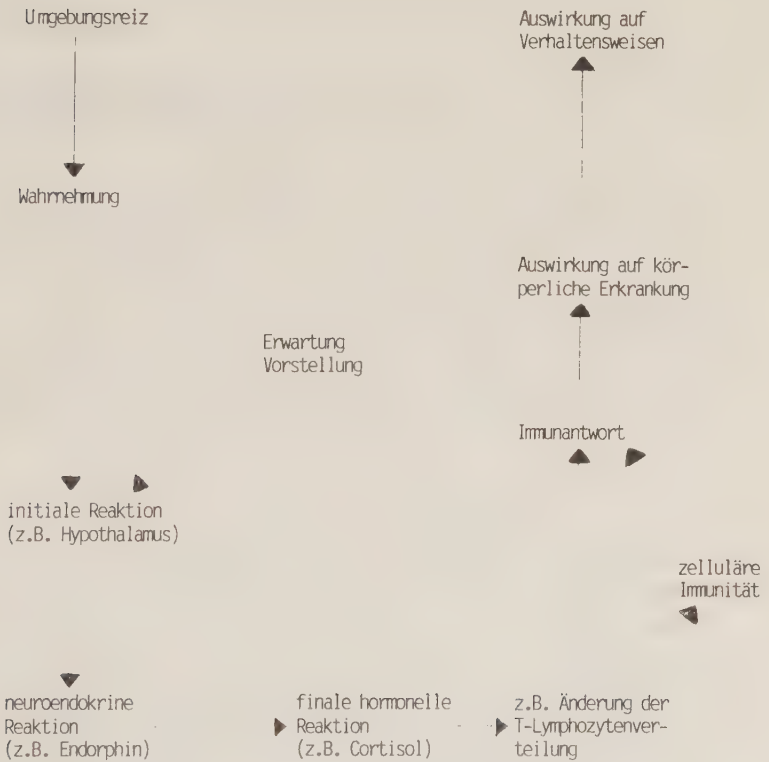
2.4. Überblick im Schaubild

Die Ergebnisse der Psycho-Neuro-Immunologie wurden von GAUS (1984) kurz zusammengefaßt und in einem Schaubild dargestellt:

Das Individuum nimmt einen Umgebungsreiz wahr. Dies führt zusammen mit den Erwartungen und Vorstellungen, die mit diesem Reiz verbunden sind, zu Veränderungen im ZNS, v. a. im Bereich des Hypothalamus (zahlreiche experimentelle Stimulationen des Hypothalamus in Tierversuchen weisen auf diesen Zusammenhang hin - vgl. ROGERS, 1979).

Durch neuroendokrine Reaktionen, die wahrscheinlich hypothalamo-hypophysär gesteuert werden, erfolgt eine Ausschüttung von Hormonen, z. B. Steroiden und eine Endorphinfreisetzung. Diese Stoffe beeinflussen

- nach bisherigem Wissensstand - v. a. zelluläre Immunreaktionen. Es ergibt sich eine komplexe Immunantwort mit Auswirkungen auf Gesundheit und Verhalten des Individuums.



2.5. Kritische Würdigung des derzeitigen Forschungsstandes der Psycho-Neuro-Immunologie

- Das kybernetische Modell des Immunsystems ist in seiner Komplexität noch weitgehend unbekannt. In vielen Forschungsarbeiten wird lediglich ein einziger Parameter bestimmt ohne seine genauen Wechselwirkungen zu anderen Meßgrößen zu kennen. Einander widersprechende Ergebnisse sind daher zur Zeit schlecht in einen Gesamtzusammenhang einordenbar.
- Das gleiche Ausmaß einer belastenden Situation bzw. die gleiche Intensität eines psychosozialen Stressors muß beim gleichen Individuum nicht immer zur gleichen Reaktion führen; auch verschiedene Individuen können auf die gleiche Situation unterschiedlich reagieren. Die Begleitumstände können die Auswirkung einer solchen Situation sogar in ihr Gegenteil verkehren - statt einer schädlichen Wirkung kann eine Streßsituation auch einen Schutzeffekt haben.
- Neben dem Zeitpunkt des Streßerlebnisses im Lebenszyklus sind Alter, Geschlecht, Tageszeit, Hormonstatus, Medikamenteneinnahme (z. B. von Schmerzmitteln) von entscheidender Bedeutung für seine Auswirkungen. Unser Wissen über die inter- und intra-individuellen Schwankungsmöglichkeiten der Immunantwort ist derzeit noch sehr gering.
- Reaktionen des Immunsystems sind durch Erfahrungen veränderbar; Modifizierungen der Immunantwort von Versuchstieren durch klassische Konditionierung sowie durch frühkindliche Erfahrungen liefern Hinweise für diese Annahme.
- Psychosoziale Stressoren, z. B. Verlust- oder Trennungserlebnisse, können bei Personen eine Veränderung der Immunantwort hervorrufen. Nicht nur das Ausmaß von belastenden Ereignissen, sondern auch die individuellen Bewältigungsstrategien von Personen sind eine wesentliche Determinante für die Veränderungen der Immunantwort. Personen mit inadäquat funktionierenden Streßbewältigungs-Mechanismen scheinen in Streßsituationen mit einer stärkeren Veränderung der Immunantwort zu reagieren als Personen mit gutem "Coping".

Der derzeitige Forschungsstand weist auf Bedeutung des Immunsystems für die Reaktion von Individuen auf ihre Umwelt hin. Aufgrund vieler Unklar-

heiten müssen die vorhandenen Forschungsergebnisse jedoch mit angemessener Vorsicht beurteilt werden. Wir bewegen uns hier noch im Bereich der Grundlagenforschung. Eine Übertragung der Modelle auf spezielle Krankheiten bzw. Krankheitsverläufe ist gegenwärtig noch nicht gerechtfertigt.

3. "Psychische Auffälligkeiten" von Personen mit SLE - Eine Literaturübersicht

3.1. "Psychische Auffälligkeiten" von Personen mit der Diagnose SLE - Klassifikationsversuche

Neurologische und psychische Alterationen sind nach FOERSTER (1976) bei einer Erkrankung an SLE die zweithäufigste Komplikation. Sie sind in der Literatur nicht selten als Erstsymptom beschrieben worden (z. B. ANDREASEN, 1973; GURLAND, 1972; O'CONNOR, 1959).

3.1.1. Begriffsdefinition "psychische Auffälligkeiten"

In der Fachliteratur werden die Begriffe "neuropsychiatric manifestations" / "neuropsychiatrische Störungen" häufig verwendet.

Während der Begriff "neurologic manifestations" / "neurologische Störungen" einen für die englischsprachige und die deutschsprachige Fachliteratur in gleicher Weise definierten Bereich umfaßt, ergeben sich bei der Verwendung des Wortes "psychiatric manifestations" / "psychiatrische Störungen" nicht unerhebliche Unterschiede:

- In der englischsprachigen, vorwiegend amerikanischen Literatur werden unter "psychiatric manifestations" sog. psychotische und sog. neurotische Störungen zusammengefaßt. Auch psychische Eigenheiten einer Person, die nur leicht aus dem Rahmen des psychopathologischen Rasters von "Normalität" fallen, werden darunter subsumiert.
- In der deutschsprachigen Fachliteratur fehlt ein solcher Überbegriff, es wird jeweils strikt unterschieden zwischen psychiatrischen Störungen

(wie den sog. Psychosen) und psychischen Störungen (die durch die psychoanalytische Forschung als Neurosen definiert wurden).

- In Anlehnung an die englischsprachige Literatur sprechen wir in dieser Arbeit von "psychischen Auffälligkeiten" und meinen damit beide oben genannten Gruppen von Symptomen.

Im folgenden sind die möglichen "Vorbotten" psychischer Auffälligkeiten sowie die Art der Störungen - ohne einen Anspruch auf eine Vollständigkeit - zusammengestellt.

3.1.2. "Vorbotten" psychischer Auffälligkeiten

Nach HALLS (1981) Beobachtungen kündigen sich gravierende psychische Auffälligkeiten durch eine Reihe von "Vorbotten" an: Bei fünfzehn von neunzehn psychisch auffälligen SLE-Patienten fanden sich Schlaflosigkeit, depressive Verstimmungszustände, Nervosität, emotionale Labilität, Verwirrung, verminderte Konzentration oder episodische Angstgefühle in der Zeit zuvor. Auch BLUMENFIELD (1978) beobachtete eine funktionelle Labilität als Vorbotten schwerwiegender psychischer Störungen. In seinem Kollektiv traten im Zeitraum des Krankheitsbeginns gehäuft starke depressive Verstimmungszustände auf, die nach seiner Meinung möglicherweise mit vorangegangenen Streßsituationen zusammenhingen.

3.1.3. Die Art der psychischen Auffälligkeiten

Die Palette dieser Symptome ist reichhaltig: Sie beinhaltet sog. funktionelle Störungen wie Schlaflosigkeit etc. (s. a. Vorbotten - vgl. oben), sog. "neurotische" Störungen (zu denen auch sog. reaktive, depressive Verstimmungen, Angstzustände etc. zu rechnen sind - vgl. auch BLUMENFIELD, 1978) und psychotische Symptome.

Bei den sog. psychiatrischen Störungen von SLE-Patienten ist es oft schwierig, eine genaue Abgrenzung von den Symptomen zu treffen, die Folge primär neurologischer Störungen sind.

Es werden akute Psychosen, häufig mit manisch-depressiver Symptomatik beschrieben (STERN, 1960; O'CONNOR, 1959), gelegentlich auch katatone Zu-

stände (KRONFOL, 1977), die jedoch nicht klar von "catastrophic reactions" abgrenzbar sind.

Auch über organische Störungen wie Krampfanfälle, gelegentlich in Kombination mit Hemiplegie (JENTSCH, 1979), multifokale Neuropathien und nichteitrige Meningitis (FALKO, 1979; HOHMEISTER, 1978) sowie ein akutes organisches Hirnsyndrom (ALLEN, 1978; SERGENT, 1975) wird berichtet.

Eine ausführliche Schilderung, insbesondere der neurologischen Störungen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, es wird hier auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen; gute Übersichten psychischer/ psychiatrischer Symptomatik bieten die Autoren GUZE, 1967; GANZ, 1972; ANDREASEN, 1973; FEINGLASS, 1972; DUBOIS, 1976; ROTHFIELD, 1981).

Wir wollen jedoch an dieser Stelle auf einige Befunde hinweisen, die unter sog. neurotische Störungen zu rechnen sind:

- Bei den psychisch auffälligen SLE-Patienten konnte kein spezifisches Langzeit-Symptom beobachtet werden (HALL, 1981).
- Der Autorin V. GANZ (1972) fiel als einziger statistisch signifikanter Unterschied von Patienten mit und ohne organisch-psychiatrische Störung auf, daß die erste Gruppe doppelt so häufig wie die zweite eine depressive Verstimmung zeigte.
- LIANG und Mitarbeiter (1984) konnten in einem Kollektiv von 76 ambulanten Personen mit SLE und 23 mit chronischer Poliarthritits in einem psychologischen Test (MMPI) im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöhte Werte für die Parameter Hypochondrie, Depressivität und Hysterie herausarbeiten.
- GOODWIN (1979) fand bei der Analyse der Gegenübertragung im Arzt-Patienten-Kontakt zwischen 22 SLE Patienten und ihren Ärzten eine auffallende Korrelation zwischen der Tendenz, einen Patienten als "unreif", "unkooperativ" etc. einzustufen und dem Vorkommen von organischer Hirnbeeiligung oder starken suizidalen Tendenzen bei diesen Personen.

3.1.4. Probleme bei der Einteilung "psychotischer Störungen" von Personen mit der Diagnose SLE

Eine besondere Schwierigkeit bereitet die Einteilung und Klassifikation sog. psychotischer Störungen; viele Fragen mußten dabei offen bleiben, da diese Veränderungen nur schwer in die gewohnten Psychopathologie-Schemata paßten:

- Neben psychischen Auffälligkeiten, die eher auf eine "organisch verursachte" Psychose hindeuten (wie verminderte Gedächtnisleistung etc.) müssen nach Meinung des Autors STERN (1960) "sowohl die Natur der Krankheit als auch die prämorbid~~en~~ Persönlichkeitszüge des Patienten berücksichtigt werden" (Übers. d. Verf.). Bestimmte Symptome könnten Ausdruck einer organischen Hirnerkrankung durch SLE sein oder als Folge einer Auseinandersetzung von Patienten mit ihrem Krank-sein zu werten sein, d. h. als "reaktiv".
- Für KREINDLER (1970) bleibt die Frage offen, ob der Zustand einer von ihm länger betreuten Patientin in einer schwierigen Lebenssituation (nach einer größeren Anzahl belastender Verlusterlebnisse), der von Psychiatern als "akutes Hirnsyndrom" beschrieben wurde, eher mit der Diagnose "katatonische" oder "Katastrophen-Reaktion" zu bezeichnen sei (siehe später).
- BLUMENFIELD (1978) konnte das Auftreten von akuten Psychosen zu Beginn oder während des Verlaufs der SLE-Erkrankung vor allem bei Personen beobachten, die bereits in der Vergangenheit einen schwierigen Bezug zur Realität bzw. schwache Ich-Abwehrmechanismen gehabt hatten.
- Im Gegensatz zu Personen mit einer sog. "Schizophrenie" zeigten psychotische Patienten mit SLE keine "Residual-Effekte" (HALL, 1981); d. h. auch nach mehreren lebensgeschichtlichen Phasen mit psychotischer Symptomatik zeigten die betroffenen Personen im symptomfreien Intervall keine bleibenden psychischen Veränderungen.

3.1.5. Probleme bei der Klassifikation psychischer Auffälligkeiten - Fallbeispiel

Die Problematik der psychopathologischen Einteilungsversuche wird an dem folgenden Beispiel verdeutlicht. Es betreuen 2 Psychiater unab-

hängig von einander im Abstand von einem Jahr die gleiche Patientin. Die Patientin hatte ein Jahr vor Beginn der medizinisch klar faßbaren SLE-Symptome einen generalisierten Krampfanfall. Zwölf bzw. dreizehn Jahre später wurde sie erneut stationär aufgenommen; jedes Mal wegen Verdacht auf eine akute Psychose. Beim ersten stationären Aufenthalt wurde sie von FOERSTER (1976) und Team. betreut, beim zweiten Mal von PETERS (1976) und Team. Das Vorgehen der beiden Psychiater bei der Betreuung zeigt unterschiedliche Schwerpunkte; beide Autoren kommen in der Würdigung der Krankheitssymptomatik der betreuten SLE-Patientin zu unterschiedlichen Diagnosen!

FOERSTER geht es in erster Linie um die "richtige" psychopathologische Einordnung der aufgetretenen psychischen Auffälligkeiten; er diagnostiziert eine "symptomatische Schizophrenie" bei cerebraler SLE-Erkrankung. Er berücksichtigt dabei nicht die Lebenssituation bei Erstmanifestation bzw. bei erneutem Schub der Erkrankung 12 Jahre später und schließt lediglich differentialdiagnostische Überlegungen zur Abgrenzung von anderen Formen einer Psychose an.

PETERS schildert in seinem Artikel ebenfalls nicht den Lebensweg der Patientin. Er spricht jedoch mit der "psychotischen" Patientin über ihre Meinung zur Ursache ihrer psychischen Erkrankung und interpretiert das aufgezeichnete Gespräch mit der Methode des literarischen Strukturalismus. Er entdeckt dabei verschiedene Sinn- und Erzählebenen, die er in eindrucksvollen Beispielen erläutert. PETERS weist durch seine Gesprächsanalyse nach, daß es falsch ist, die Patientin als "Psychotikerin" einzuordnen, da ihre Antworten auf Fragen einen - wenn auch verschlüsselten - Sinn ergeben:

"Wahneinfälle, Wahrnehmungen, Personen- und Situationsverkennungen, die einer klassisch-psychopathologischen Diagnostik als Grundlage dienen, erhalten bei einer durch die Interpretation vertieften Testkenntnis eine andere "Meinung" (WEINRICH). Die Ähnlichkeit mit schizophrenen Texten gehört somit lediglich einer alleräußersten Oberflächenstruktur an. Die genauere Analyse zeigt auf allen Ebenen gerade die Verschiedenheit von Schizophrenie auf".

Bei einer Gegenüberstellung beider Literaturbeiträge kann die Frage der "Diagnose" für das Verhalten der Patientin (war sie nun schizophren oder nicht?) nicht eindeutig geklärt werden. Diese vergleichende Betrachtung zeigt vielmehr, wie vorsichtig psychopathologische Schemata verwendet

werden müssen, und wie sehr das Ergebnis der Einteilung vom Standort des Untersuchers abhängt.

Es zeigt außerdem die Notwendigkeit, lebensgeschichtliche Erfahrungen eines Patienten und psychische Auffälligkeiten im Zusammenhang zu betrachten.

3.1.6. Kritische Würdigung der Fachliteratur über neuropsychiatrische Auffälligkeiten bei SLE-Patienten (GURLAND, 1972)

GURLAND hat in einem sehr ausführlichen Übersichtsartikel neuropsychiatrischer Symptome bei SLE-Patienten die Ergebnisse von 36 Autoren und Lehrbüchern einander gegenübergestellt. An diesen Arbeiten äußert er folgende Kritik:

- Die Zahlenangaben in Bezug auf Häufigkeit, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens dieser Symptome sind wegen häufiger methodischer Fehler (bei Patientenselektion, Datenauswahl und Interpretation) "mit skeptischer Distanz" zu betrachten.
- Die Häufigkeit der neuropsychiatrischen Symptome, die zwischen 3 % und 60 % schwankt, ist je nach klinischer Ausrichtung des Autors unterschiedlich. Psychiater finden häufiger solche Störungen als Internisten. Dahingehend muß auch das gehäufte Vorkommen psychiatrischer Symptome nach 1960 interpretiert werden - denn seit dieser Zeit hat die Erkrankung an SLE zunehmend das Interesse des Fachbereichs Psychiatrie erweckt (s. a. FOERSTER, 1976).
- Im übrigen sind die Klassifikationsversuche der neuropsychiatrischen Symptome von einer Einteilungsvielfalt gekennzeichnet Jeder Autor hat sein eigenes Schema, und so sind die Befunde oft kaum mit einander vergleichbar (s. a. GUZE, 1967).

3.2. Ätiologische Faktoren psychischer Auffälligkeiten bei SLE-Patienten - Stand der Forschung

Über die Ätiologie psychischer Auffälligkeiten bei Personen mit einer Erkrankung an SLE gibt es in der Literatur eine Vielfalt von Meinungen und Spekulationen. Ohne einen Anspruch auf eine Vollständigkeit des Spektrums stellen wir im folgenden kurz einige wichtige Positionen dar.

3.2.1. Organische Faktoren

Es wird angenommen, daß vaskuläre und immunologische Mechanismen für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Patienten mit der Diagnose eines SLE von Bedeutung sind (BRESNIHAN, 1979). Insbesondere Antikörper gegen Gehirngewebe (HOHMEISTER, 1978; BLUESTEIN, 1983), antineuronale Antikörper (HOHMEISTER, 1978; HOW, 1985) bzw. zirkulierende lymphozyto-toxische Antikörper (HOHMEISTER, 1978; TEMESVARI, 1983) sollen dabei eine Rolle spielen und eventuell die Basis für psychische Veränderungen bilden (GUZE, 1967).

Als Ort der Funktionsstörung (mit entsprechenden psychischen Auswirkungen) wird sowohl für eine Erkrankung an cerebralem SLE als auch für eine Psychose im Sinne einer Schizophrenie eine gestörte Transportfunktion des Plexus Choroideus diskutiert (RUDIN, 1979).

Die Frage, ob eine Korrelation von psychischen Auffälligkeiten bzw. psychiatrischen Symptomen und einer manifesten cerebralen Veränderung besteht, die histologisch oder computer-tomographisch (o. ä.) erkannt werden könnte, wird von wenigen Autoren (FEINGLASS, 1976; RAVINDRAN, 1980) für ihre Patientenkollektive bejaht. Eine ganze Reihe von Autoren können eine derartige Korrelation bei ihren Untersuchungen jedoch nicht bestätigen (O'CONNOR, 1959; KULESHA, 1981; BERNSTEIN, 1982; CARETTE, 1982). KULESHA (1981) folgerte aus dieser fehlenden Korrelation, daß die Suchmethoden verfeinert werden müßten, um vielleicht doch ein organisches Äquivalent der psychischen Auffälligkeiten zu finden. Bei einem Vergleich von psychiatrischen Befunden und Autopsien (11 Autopsien bei einem Kollektiv von 40 Patienten) konnte keine Korrelation zwischen den individuellen psychiatrischen Auffälligkeiten und den postmortalen Befunden festgestellt werden (O'CONNOR, 1959).

3.2.2. Steroidtherapie als iatrogener Faktor

Die Meinungen zum Zusammenhang von Psychosemanifestation bei SLE-Patienten und Steroidtherapie - als iatrogenem Faktor - sind geteilt. GAYLIS (1982) und SERGENT (1975) sehen die primäre Ursache für die psychotischen Störungen bei SLE-Patienten in der Steroidtherapie. STERN, 1960; GUZE,

1967; LAUX, 1979; HART, 1980; HALL, 1981 und KULESHA, 1981 halten einen derartigen Zusammenhang aufgrund ihrer Untersuchungen für unbewiesen und betrachten andere Faktoren (organische oder psychosoziale) für die wesentliche Ursache einer psychotischen Dekompensation bei diesem Personenkreis.

3.2.3. Wechselwirkung von organischen und psychischen Störungen

Nach KREINDLER (1970) kann die intrapsychische Verarbeitung einer körperlichen Funktionsstörung und Leistungseinschränkung zusammen mit einer möglichen cerebralen Schädigung durch die Grundkrankheit SLE eine Manifestation von psychischen Störungen beschleunigen. Belastende Lebenssituationen und eine gleichzeitige Verschlimmerung der Grundkrankheit (bei unklarer Hirnbeteiligung - ein Computertomogramm stand nicht zur Verfügung) führten bei der Patientin zu einem Zustand, den Psychiater als "akutes Hirnsyndrom" bezeichneten (vgl. auch in der Diskussion unserer Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur).

3.2.4. Einschneidende lebensgeschichtliche Ereignisse

Literatur über die Bedeutung lebensgeschichtlicher Ereignisse für den Beginn und den Verlauf psychischer Auffälligkeiten von SLE-Patienten wird im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse in einem eigenen Kapitel behandelt. Hier sei nur gesagt, daß nach Meinung einiger Autoren (HALL, 1981; KREINDLER, 1970; KÄMMERER, 1981; KRÖGER, 1981; SCHÖTTLER, 1981; Mc CLARY, 1955; BLUMENFIELD, 1978) lebensgeschichtliche Belastungen möglicherweise von den betroffenen Personen nicht verarbeitet werden können und dann zu einem "giving-up-given-up-complex" (nach Meinung von psychosozialen Streßforschern) bzw. zu einer depressiven Reaktion (nach Meinung von psychoanalytisch orientierten Forschern) führen. Vor allem Personen mit schlecht ausgebildeten Coping-Mechanismen bzw. einer schlecht funktionierenden Ich-Abwehr würden in dieser Situation vermehrt zu einer psychischen Dekompensation - als Erstmanifestation sowie als Verschlimmerung einer bereits bestehenden Grunderkrankung an SLE - neigen.

3.2.5. Resümee der Literaturbeiträge über ätiologische Faktoren psychischer Auffälligkeiten bei Patienten mit SLE

In der Meinungsvielfalt der wissenschaftlichen Diskussion gilt auch heute noch die Einschätzung von GURLAND (1972) zur Ätiologie psychischer Auffälligkeiten von SLE-Patienten:

- Ob die psychischen Symptome Ursache oder Folge der Erkrankung sind, ist bisher nicht bekannt (vgl. auch STERN, 1960 und HALL, 1981).
- Ätiologische Faktoren stehen in einem komplexen Zusammenhang, der die Gültigkeit monokausaler Erklärungsversuche eher unwahrscheinlich macht.

Die Pathogenese psychischer Störungen bei Personen mit der Diagnose SLE bleibt vor diesem Hintergrund weiterhin "a mystery" (BLUESTEIN, 1983). Ätiologische Überlegungen sind bisher allenfalls "a peep into Pandora's box" (BERNSTEIN, 1982).

METHODE

In einem ersten allgemeinen Teil werden Grundlagen des Gesprächs zwischen Arzt und Patient sowie historische Entwicklung und Merkmale der klinisch-biographisch orientierten Methode erläutert.

Im zweiten Teil wird die Methode der vorliegenden Untersuchung unter Berücksichtigung folgender Punkte dargestellt:

- Auswahl und Zugang zu den Befragten
- Gesprächssituation im Interview
- Datenstrukturierung und -auswertung.

1. Theoretische Voraussetzungen zur Methode der Gesprächsführung

1.1. Einige Wesenszüge des Gesprächs zwischen Arzt und Patient

In sämtlichen Fachrichtungen erfolgt der Zugang zum erkrankten Menschen durch ein Gespräch mit dem Kranken selbst bzw. mit seinen Angehörigen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. Die Schwerpunkte des Gesprächs sind dabei je nach Disziplin unterschiedlich.

Gemeinsam ist den Gesprächen, daß sie einen Informations- und einen Beziehungsaspekt beinhalten:

- Die Informationen zum Krankheitsverlauf, die hier gegeben oder aber bewußt oder unbewußt zurückgehalten werden, haben eine weitreichende Bedeutung für künftige diagnostische und therapeutische Schritte: so stammen nach SIEGENTHALER (1980) 50 % der diagnostischen Hinweise aus dem Erstgespräch von Arzt und Patient, und damit wesentlich mehr als aus den Laborbefunden und anderen empirisch-analytischen Methoden.
- Die Art des ersten Kontakts, z. B. das Entstehen von Vertrauen oder Mißtrauen, hat starke Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Beziehung und zum Teil auch auf die Qualität der erhaltenen objektiven Informationen.
- Die "Natur des Menschen", seine "Persönlichkeit", kann zwar objektiv untersucht werden, aber seine Individualität auf Grund seiner Anlagen, seiner einmaligen Biographie und der prägenden gesellschaftlichen Verhältnisse kann "immer nur im Gefolge beobachtenden und teilnehmenden Einfühlens in die Gesamtsituation des Kranken, die auch die Arzt-Patient-Beziehung einschließt", erfaßt werden. "Im ärztlichen Gespräch wird dieses einführend Erfahrene durch den Arzt verbalisiert und damit für den Kranken greifbar" (MEERWEIN, 1969).
- Da es sich bei einem Gespräch von Arzt und Patient um eine besondere Form der Kommunikation handelt, gilt auch hier das "kommunikations-theoretische Axiom" von WATZLAWICK (1973), das besagt: Es ist eine Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren. Auch in der Arzt-Patient-Beziehung ist also jede Form der Interaktion eine kommunikative Mitteilung,

auch die scheinbare Nichtbeachtung oder die Verweigerung von Kommunikation.

Aus den oben beschriebenen Gründen wird das ärztliche Gespräch auch als Grenzsituation zwischen informativem und kommunikativem Erfahrungsbereich bezeichnet (ARGELANDER, 1966).

1.2. Die klinisch-biographisch orientierte Methode

1.2.1. Begriffsklärung, historische Entwicklung

Auf den oben besprochenen Grundlagen basiert auch die klinisch-biographische Methode als Sonderform des ärztlichen Gesprächs, deren Schwerpunkt auf dem Verständnis der Krankengeschichte (= Patho-graphie) liegt. Die Wahl des Begriffs "klinisch"-biographisch soll diesen Unterschied zu den allgemeinen biographischen Verfahren verdeutlichen (HAHN, 1983).

Bereits im 19. Jahrhundert, als der Glaube an den alleinigen Fortschritt durch empirisch-analytisches Denken in den Naturwissenschaften noch wenig hinterfragt wurde, fielen einigen Ärzten große Unterschiede im Verlauf von Krankheiten mit gleicher Pathogenese auf (z. B. bei Verlaufsformen der Tuberkulose). Ärzte wie der Kliniker KUSSMAUL und der anthropologisch orientierte Arzt HEINROTH beschäftigten sich schon damals mit Fragen wie dem bestimmenden Anteil der individuellen Krankengeschichte und dem Anteil der sozialen Umstände am Krankheitsverlauf (zit. nach HAHN, 1983). Als Beantwortungsversuch dieser Fragen entwickelte sich die sog. "biographische Medizin" (im engeren Sinne). Einer ihrer bedeutendsten Vertreter, Viktor von WEIZSÄCKER (1926, zit. nach HAHN, 1983), verknüpfte klinische Erfahrung und tiefenpsychologische Gesichtspunkte miteinander.

Über die Entwicklung dieser Methode äußert sich HAHN (1983) so:

"So ist es kein Zufall, daß die klinisch-biographischen Methoden gerade in Fächern entwickelt worden sind, in denen die Beachtung von Krankheitserscheinungen ohne Berücksichtigung der Lebensumstände und der Entwicklungsgeschichte des Kranken kaum denkbar sind: in der Psychiatrie und in der Inneren Medizin / Neurologie".

Die Hauptmerkmale der genannten Methode sind nach v. WEIZSÄCKER:

- die zentrale Stellung des Gesprächs zwischen Arzt und Patient
- das Erfassen der Beschwerden des Patienten und ihre Analyse
- das Einbeziehen genauer situativer Schilderungen vom Zeitraum vor der Erkrankung und bei ihrer Auslösung
- die Suche nach individuellen und über-individuellen Konflikt- und Belastungssituationen
- die Berücksichtigung der persönlichen Entwicklungsgeschichte des Patienten

1.2.2. Merkmale der klinisch-biographisch orientierten Methode

Die heute angewandte klinisch-biographische Methode zeigt gleiche Grundzüge wie das v. WEIZSÄCKER entwickelte Verfahren (s. o.). Allerdings orientiert sich ihr Gesprächsstil - wie auch in der hier vorliegenden Arbeit - mehr am Verstehen der Befragten als an der Anwendung der "reinen Methode" (Formen der reinen Methode sind z. B. die psychiatrische Exploration, die tiefenpsychologische Anamnese durch eine(n) Psychoanalytiker(in)).

VOGT (1983) hebt bei diesem Vorgehen die Bedeutung von individueller Genese und "objektiv-gesellschaftlichen Bedingungen des Sozialisationsprozesses" hervor.

Die Art der Gesprächsführung ist bei dieser Methode "semistrukturiert". Das bedeutet, daß der / die befragte Patient/in trotz eines (inform eines Interview-Leitfadens vorgegebenen) Themenkataloges die Möglichkeit erhält, eigene Themenschwerpunkte einzubringen. Die Vorteile dieser Methode, die durch ein "offenes" Fragenstellen gut auf die spezifischen Bedürfnisse der befragten Person eingehen kann, erläutert MEERWEIN (1969) so:

" Je präziser die Fragen sind, um so kürzer sind die Antworten, und umso eher kommt das Gespräch ins Stocken. Je unbestimmter jedoch die Fragen formuliert sind, um so mehr Möglichkeiten werden dem Patienten geboten, eigene Formulierungen zur Antwort und somit zur Selbstdarstellung zu finden. Diese Regel gilt nicht nur für die Eröffnung des Gesprächs, sondern für dessen gesamten Verlauf. Von allgemeinen Fragen ausgehend wird ein für die Konfliktdiagnose relevantes Thema dann durch progressiv präziser werdende Fragen eingekreist und schließlich angesprochen".

" Dieser scheinbar widersprüchlichen Zielsetzung im Erstinterview (möglichst weitgehender Eigenaktivität des Patienten bei möglichst klarer konfliktzentrierter Strukturierung des Gesprächs durch den Arzt) wird gelegentlich durch die Bezeichnung "semistrukturiertes Interview" Rechnung getragen".

HOHL (1982) bezeichnet diese Forderung nach Eigeninitiative der Befragten und die zugleich vorhandene Schwierigkeit, vergleichbare Kriterien für die Auswertung zu finden als "prinzipielles Dilemma des qualitativen Interviews als Forschungsinstrument".

Im Vergleich zu einer standardisierten Interviewsituation lassen sich bei diesem Vorgehen folgende Vorteile erkennen:

- Ein selbstbestimmter Gesprächsverlauf fördert die Eigeninitiative des Patienten innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Nach NÜSSEL (1983) setzen zu viele Fragebogen die Gesprächsbereitschaft herab.

Nach Erfahrungen von MEERWEIN (1969) unterstützt ein stark strukturiertes Vorgehen im Gespräch (über biographische Einzelheiten) Passivität und Regression des Patienten, der durch körperliche Krankheit oft ohnehin regressive Tendenzen verwirklicht.

- DOERNER (1966 - zit. nach HOHL, 1982) stellt fest, daß standardisierte Frageabfolgen die Beantwortungstendenz der anschließenden Fragen durch u. U. damit verbundene Ängste beeinflussen können (wenn z. B. in einer psychiatrischen Exploration über die Familienanamnese im Zusammenhang mit einer möglichen Erblichkeit von Symptomen gesprochen wird). Bei der klinisch-biographisch orientierten Methode treten diese Ängste weniger auf, da die Gesprächssituation eine Standardisierung der Fragestellung eher verhindert.

- Mißverständnisse, die in einem strikt strukturierten Vorgehen nicht geklärt werden können, können durch genaues Nachfragen im Rahmen des biographisch orientierten Verfahrens eher verhindert werden.

- Noch radikaler als die genannten Autoren spricht sich HOHL (1982) für ein wenig strukturiertes Vorgehen aus. Nach seiner Meinung ist die Gesprächsbereitschaft der Befragten und damit die Validität ihrer Äußerungen dann am höchsten,

"wenn die kommunikativen und situationalen Bedingungen des Interviewablaufs möglichst weitgehend von ihnen selbst bestimmt werden können".

Nach HOHLs Beobachtungen würde die Gesprächssituation in diesem Fall von den Befragten entsprechend ihrer aktuellen Bedürfnisse gestaltet.

"Von daher wäre es geradezu ein methodologischer Kunstfehler, im Interesse einer Standardisierung der Erhebungssituation bestimmte Bedingungen zu stellen. Denn derartige Bedingungen stellen ja stets äußere, von den Interessen des Untersuchers bestimmte Strukturierungen dar, die beim Befragten auf Unverständnis stoßen, die Befremden oder Ablehnung auslösen und sich letztlich negativ auf den Interviewablauf auswirken werden".

- SCHMIDBAUER (1978) hebt hervor, daß bei dieser Methode mit ihrer kasuistischen Beschreibung die Darstellung von Personen viel mehr Kontur und Anschaulichkeit gewinnt als bei standardisierten Verfahren:
- " Hier wird deutlicher, wie die einzelnen Faktoren zusammenwirken, und hinter den typischen Merkmalen die Individualität hervortritt, die nur durch eine kasuistische Beschreibung erfaßt werden kann".
- Durch Raum für freie Assoziation können unbewußte Konflikte deutlich werden und es ergibt sich die Möglichkeit, mit Hilfe erlernter Beobachtung und Selbstbeobachtung des Untersuchers ("verfeinerter Empathie des geschulten Beobachters" - KLUSSMANN, 1983) diese Konflikte und ihre Bedeutung für den Patienten intuitiv zu erfassen.
 - Die menschliche Fähigkeit der "Intuition" und Einfühlung in andere Personen, die oft auch als Talent oder "magische Kraft" (BANDLER, 1984) bezeichnet wird, ermöglicht es - guten - Therapeuten, dem "Wesen" anderer Menschen und auch der individuellen Bedeutung von KRANK-SEIN in ihrer Lebensgeschichte ein Stück näher zu kommen.

2. Methode der vorliegenden Untersuchung

2.1. Auswahl und Zugang zu den Befragten

2.1.1. Vorauswahl (39 Personen)

Die Vorauswahl bestand aus 39 Personen (33 Frauen und 6 Männern). Sie kamen zwischen 1. Januar 1971 und 31. August 1981 mit der Diagnose bzw. der Verdachtsdiagnose eines SLE in die Medizinische Poliklinik der Universität München und wurden dort ambulant betreut. Die Gespräche (mit einem Teil dieser Personen, dem Untersuchungskollektiv) fanden im Zeitraum vom 1. Januar 1979 bis 31. August 1981 statt (vgl. unten).

Als Grundlage für die Diagnose eines Systemischen Lupus Erythematoses (SLE) waren die Diagnose-Kriterien der American Rheumatism Association maßgebend (vgl. nebenstehende Tabelle), sowie immunologische Parameter

(Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS, Verminderung der Komplement-Faktoren, etc.). Auf Einzelheiten der Diagnostik bis zur Diagnosestellung wollen wir in dieser Arbeit nicht eingehen; wir verweisen hierzu auf die einschlägige Fachliteratur (DUBOIS, 1976; KELLY, 1981).

Die erste Vorauswahl der 39 Personen ergab sich durch zwei Informationsquellen:

- Wir erhielten die Daten der Personen durch Assistenzärzte der Allgemeinen Internistischen Ambulanz und der Rheumaambulanz der Poliklinik.
- Weitere Daten von Patienten waren uns durch Nachforschungen im Zentralarchiv der Poliklinik zugänglich.

Tabelle 1: Diagnose-Kriterien für SLE -
von der American Rheumatism Association (HALL, 1981)

(Diagnose-Stellung eines SLE, sobald 4 oder mehr der aufgelisteten klinischen Symptome für einen Patienten zutreffen)

- Gesichtserythem (butterfly rash)
- Hämolytische Anämie, Leukopenie oder Thrombozytopenie
- Fotosensibilität
- wiederholt falsch-positive Lues-Tests
- Alopezie
- Psychose oder Krämpfe
- massive Proteinurie ($> 3,5$ mg/d)
- Ulzerationen in Mund- und Rachenschleimhaut
- diskoider LE
- LE-Zell-Phänomen
- Arthritis ohne Gelenkdeformität
- Pleuritis oder Pericarditis
- Raynaud-Phänomen

2.1.2. Personen mit nicht bestätigtem SLE-Verdacht (7 Personen)

Während des Zeitraums, in dem wir Gespräche mit den Patienten führten (zwischen 1. Januar 1979 und 31. August 1981) bestätigte sich bei 7 von 39 Personen (6 Frauen und 1 Mann) die Verdachtsdiagnose eines SLE nicht:

- Bei 3 Personen (2 Frauen und 1 Mann) ergab sich ein Verdacht auf eine Kollagenose, jedoch nicht die Diagnose eines SLE.
- Bei den 4 übrigen Personen, 4 Frauen, wurde jeweils einmal die Diagnose "mixed connective tissue disease", Sharp-Syndrom, chronische Poliarthritis sowie familiärer C₄-Mangel diagnostiziert.

Diese Personen wurden für die weitere Untersuchung nicht berücksichtigt.

2.1.3. Personen mit der Diagnose SLE (32 Personen) -

Absage bzw. Zusage zu klinisch-biographisch orientierten Gesprächen

Bei den verbleibenden 32 Personen (27 Frauen und 5 Männern) galt die Diagnose eine SLE aufgrund von klinischen, laborchemischen und immunologischen Befunden als gesichert (vgl. auch Kriterien der American Rheumatism Association - Tabelle s. o.).

Die Einladung zu Gesprächen erfolgte auf zwei unterschiedlichen Wegen:

- 17 Personen (15 Frauen und 2 Männer) wurden von den Ärzten der Poliklinik angesprochen, die sie betreuten, ob sie zu einem Gespräch bereit seien.
- 15 Personen (12 Frauen und 3 Männer), die zwischen 2 und 8 Jahren nicht mehr zur ambulanten Kontrolle in die Poliklinik gekommen waren, wurden von der Interviewerin telefonisch darum gebeten, zu einem Gespräch zu kommen.

Mit 8 Personen (7 Frauen und 1 Mann) aus dieser Gruppe (der 32 Personen mit der Diagnose eines SLE) fand aus unterschiedlichen Gründen kein Gespräch statt. Die Gründe bzw. vermuteten Gründe für eine Zu- oder Absage

finden sich in einem Abschnitt im Kapitel über spezielle methodische Probleme.

Der Einladung zum Gespräch folgten 24 Personen (20 Frauen und 4 Männer). Das entspricht einem Verhältnis von Zu- und Absagen von 4 : 1.

Bei einer Einladung durch den behandelnden Arzt lehnten 2 von 17 Personen ab, bei einer Einladung durch eine fremde Person (die Interviewerin) lehnten 5 von 15 Personen ein Kommen ab, bzw. kamen aus unterschiedlichen Gründen nicht zum Gespräch (Einzelheiten vgl. im Kapitel zur Methode der vorliegenden Untersuchung).

Hinweis: Die Gruppe der Personen, die zum Gespräch erschienen, wird in der vorliegenden Arbeit als "Gesamtkollektiv der Befragten", bzw. kurz als "Gesamtkollektiv" bezeichnet. Die Zahl der befragten Personen beträgt 24.

Die übrigen Personen (nichtbestätigte Verdachtsdiagnose eines SLE, Absage des Gesprächs) werden im weiteren nicht berücksichtigt.

2.1.4. Das Gesamtkollektiv der Befragten (24 Personen) und ihre Erstsymptome der Erkrankung an SLE

Die 24 befragten Personen, 20 Frauen und 4 Männer, bilden das Gesamtkollektiv unserer Untersuchung (vgl. oben).

2.1.4.1. Dauer der Erkrankung

Die Angabe des Zeitpunktes der Erstmanifestation beruht auf Aufzeichnungen in den Krankenakten der Poliklinik München sowie auf Aussagen der Befragten während unserer Gespräche mit ihnen. Auf die Problematik der genauen Feststellung des Erkrankungsbeginns wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Wir verweisen hierzu auf die Dissertation von GLAESSEL (in Arbeit).

In dieser Arbeit wird häufig von "Erkrankungsbeginn an SLE" o. ä. gesprochen; gemeint ist damit der Zeitpunkt, an dem die klinischen Zeichen dieser Erkrankung für die betroffene Person sichtbar oder fühlbar waren. Die Worte "Erkrankungsbeginn" und "Manifestationsbeginn" werden im Text

häufig in gleicher Weise verwendet.

- Das Durchschnittsalter der 20 Frauen betrug bei Manifestationsbeginn der Erkrankung 28,8 Jahre, das Durchschnittsalter der 4 Männer 25,3 Jahre.
- Das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung betrug bei den 20 Frauen 32,8 Jahre, bei den 4 Männern 28,3 Jahre.
- Der durchschnittliche Zeitraum zwischen Erstmanifestation der SLE-Symptomatik und dem ersten Gesprächsbeginn war 6 Jahre, 9 Monate.
- Der durchschnittliche Zeitraum zwischen Diagnosestellung und erstem Gesprächstermin betrug 3 Jahre.

2.1.4.2. Erstsymptome

Erstsymptome der Erkrankung an SLE waren bei 22 Personen (20 Frauen und 2 Männer) Gelenkschmerzen (Schmerzen, schmerzhaftes Bewegungseinschränkung, Schwellung o. ä.). Bei einem Mann begann die Erkrankung mit einem juckenden Exanthem am ganzen Körper (Patient 13), bei einem Mann mit einer tiefen Beinvenenthrombose (Patient 9).

Außer den genannten Gelenkbeschwerden hatten 4 der 22 Personen mit Gelenkbeschwerden gleichzeitig Myalgien, 2 weitere Personen zusätzliche Hauterscheinungen, sowie je eine Person Fieber bzw. eine Raynaud-Symptomatik (vgl. Tabelle).

Bezüglich weiterer Einzelheiten der Erstsymptomatik unseres Kollektivs verweisen wir auf die Dissertation von GLAESSEL (in Arbeit).

Tabelle 2: Erstsymptome mit Altersangabe der Patienten und Jahreszahl beim erstmaligen Auftreten
(mit freundlicher Genehmigung von GLAESSEL)

Pat.	Alter	Jahr	Erstsymptome
1	13	1980	juckende Pusteln in Schmetterlingsform im Gesicht, Enanthem der Mundschleimhaut, Schmerzen in den Fingergelenken
2	42	1977	Schmerzen in den Schultergelenken mit Ausstrahlung in die Arme, Bewegungseinschränkung
3	30	1977	plötzlich starke Schmerzen in beiden Knien, Schultergelenken mit Schwellung der betroffenen Gelenke
4	35	1975	von Gelenk zu Gelenk wandernde Schmerzen: Ellbogen-, Hand-, Finger-, Sprung-, Knie- und Zehengelenke mit Muskelschmerzen in Wade und Oberarmen
5	27	1977	Schmerz, Schwellung und Rötung in Fingermittel- und Fingergrundgelenken mit Morgensteifigkeit
6	41	1978	Arthralgie der Daumensattel-, Ellbogen- und Schultergelenke; Fieber und Schüttelfrost; heliotropes Exanthem im Gesicht
7	21	1979	Schmerzen in den Handgelenken
8	38	1970	schlagartige Schwellung und Schmerzen in beiden Sprunggelenken, Schwellung beider Hand- und Fingermittelgelenke, Schmerzen beider Schultergelenke
9	15	1979	tiefe Beinvenenthrombose
10	26	1965	Schmerzen in den Schultergelenken, Schwellung und Rötung
11	28	1977	wandernde Schmerzen der Finger-, Ellbogen und Kniegelenke
12	33	1963	ziehende Schmerzen in Füßen und Beinen bis zur Hüfte; Raynaud-Symptomatik
13	23	1973	juckende Flecken am Körper bei Sonnenexposition, Gesichtserythem
14	30	1976	Schwellung und Morgensteifigkeit der Fingermittelgelenke und Handwurzelgelenke, Schwellung der Zehenmittel- und Zehengrundgelenke
15	29	1965	Schmerzen im rechten Kniegelenk
16	30	1965	Schmerzen in beiden Kniegelenken
17	23	1968	Schmerzen beider Hände
18	29	1965	Schmerz und Morgensteifigkeit beider Handgelenke, Schmerzen und Schwellung beider Kniegelenke, Schmerzen in beiden Sprunggelenken

Pat.	Alter	Jahr	Erstsymptome
19	22	1979	schmerzhafte Schwellung der Hand-, Ellbogen- und Kniegelenke, nächtliche Parästhesien der Hände
20	21	1976	Schmerzen im linken Handgelenk und im 2. und 3. Finger mit Bewegungseinschränkung
21	41	1972	schmerzhafte Bewegungseinschränkung und Schwellung der Hände, Schwellung der Kniegelenke
22	31	1971	Schmerzen in den Gelenken des rechten Arms, Schwellung der Finger
23	22	1973	Schmerzen der Ellbogengelenke bei Bewegung
24	22	1972	Schmerzen in den Handgelenken

2.2. Die Gesprächssituation im Interview

2.2.1. Die Anzahl der Befragten: das "Gesamtkollektiv"

24 Personen mit der Diagnose eines SLE, 20 Frauen und 4 Männer, waren zu einem Interview bereit. Es wurde inform eines klinisch-biographischen Gesprächs geführt. Diese 24 Personen bezeichnen wir in unserer Untersuchung als "Gesamtkollektiv der Befragten" oder kurz als "Gesamtkollektiv".

2.2.2. Die Anzahl der Gespräche

Nach den Erstgesprächen mit diesen 24 Personen fand nach durchschnittlich 16,5 Monaten mit 12 von ihnen (11 Frauen und 1 Mann) ein zweites Gespräch statt.

Die restlichen 12 Personen, 9 Frauen und 3 Männer wurden kein zweites Mal befragt:

- Bei 10 von ihnen, 8 Frauen und 2 Männern, lag der Zeitpunkt des ersten Gesprächs nur weniger als 2 Monate vor dem Abschluß der Datenerhebung; wir verzichteten hier auf ein zweites Gespräch, da wir uns für diesen Zeitraum keine entscheidend neuen Ergebnisse erwarteten.

- Die anderen beiden Personen, 1 Mann und 1 Frau, lehnten ein erneutes Gespräch ab:
- Pat. 8 gab als Grund den zu weiten Fahrtweg (50 km) an (den er allerdings für ambulante medizinische Kontrollen in Kauf nahm).
- Pat. 21 schickte uns den Einladungsbrief zu einem zweiten Gespräch mit folgendem Vermerk zurück: "Kann leider nicht kommen, da ich berufstätig bin". (Sie war bereits beim ersten Gespräch berufstätig).

2.2.3. Die Räumlichkeiten, die anwesenden Personen

Bis auf ein Gespräch fanden alle in einem Sprechzimmer in der Psychosomatischen Beratungsstelle der Poliklinik der Universität München statt, welches sich in einem Nebengebäude der Poliklinik im 4. Stock befindet.

Da eine Befragte (Pat. 11) sich beim zweiten Gesprächstermin in einer hochakuten Schubphase der Krankheit u. a. mit massiven Kniebeschwerden befand, wurde diese Patientin in einem Raum der Rheumaambulanz befragt, der nur eine Treppe hoch lag.

Bei 12 Gesprächen waren 2 Interviewpartner – ein Mitarbeiter der Psychosomatischen Beratungsstelle und die Verfasserin dieser Arbeit – anwesend.

Bei den restlichen Gesprächen war die Verfasserin alleinige Gesprächspartnerin.

Zwei Patientinnen brachten außerdem zu einem Gespräch ihre kleine Tochter (jeweils 4-jährig) mit (Pat. 4 und Pat. 20).

Bei einer Patientin war bei einem Gespräch auch der Ehemann anwesend (Pat. 16).

2.2.4. Die Methode der Gesprächsführung

Wir haben als Zugang zu den befragten Personen eine individuelle, mit manchen methodischen Problemen verbundene Herangehensweise gewählt: das klinisch-biographisch orientierte Gespräch (vgl. oben in den theoretischen Grundlagen der Methode).

Wir beschränkten uns bei der Betrachtung, Sichtung und Auswertung der in unseren Gesprächen erhaltenen Informationen auf die Typizität von Eindrücken und die Darstellung auffallender Tendenzen. Da wir aus methodischen Gründen (vgl. in der Diskussion der methodischen Probleme) z. B. aufgrund der Selektion unseres Kollektivs, keine repräsentativen Angaben machen konnten, haben wir auf genaue Prozentangaben verzichtet. In dieser Arbeit sind auffallende Tendenzen lediglich in Größenordnungen wie z. B. einem Drittel, zwei Drittel des Gesamtkollektivs o. ä. angegeben; diese Angaben sollen eine Orientierungshilfe bieten.

Unsere Ergebnisse haben wir anhand typischer und - wie wir hoffen - aussagekräftiger Beispiele belegt.

Detaillierte Angaben zur Lebensgeschichte einzelner Personen der Untersuchung finden sich jeweils im Anhang dieser Arbeit.

2.2.5. Der Interviewleitfaden, der Einstieg ins Gespräch

Vor der Durchführung der Gespräche erarbeiteten wir einen Interviewleitfaden mit dem für uns wichtigen Themenkomplexen (siehe Tabelle).

Unser Einstieg ins Gespräch war in fast allen Fällen die Krankheit der Befragten und deren Probleme damit. Nur eine Patientin (Pat. 6) war von ihrer Angstproblematik derart belastet, daß sie selbst das Gespräch damit begann.

Weitere Themenbereiche waren die augenblickliche familiäre Situation, der Lebensweg der Betroffenen bis dorthin sowie ihr Selbstbild (Eigenarten, Verhaltensweisen, Lebensgefühl u. ä.).

In dieser Arbeit werden wegen der Fülle an Material, das zur Ausarbeitung vorliegt, nur einige Punkte herausgegriffen.

Tabelle 3: Interview-Leitfaden1. Die Krankheit im Leben der BefragtenBeginn und Verlauf der Krankheit "SLE":

- Erstmanifestation:
Erstsymptome, Zeitraum bis zur Diagnosestellung, Lebensumstände in den letzten 2 Jahren vor der Erkrankung
- Kritische Phasen der Krankheit:
neue Schübe; Lebenssituation in den Monaten vor Ausbruch des neuen Schubs
- Medizinische Betreuung:
Beziehung zu den behandelnden Ärzten;
Probleme mit medikamentöser Therapie und ihren Nebenwirkungen
- Leben mit der chronischen Krankheit:
Bedeutung der Krankheit im Leben der Betroffenen;
Mechanismen der Krankheitsverarbeitung;
Lebensveränderungen durch die Krankheit
- Umgang der sozialen Umwelt (Angehörige, Arbeitskollegen etc.) mit den chronisch Kranken

2. Die familiäre Situation der Betroffenen:

- aktuelle Situation:
Persönlichkeit des Partner / der Partnerin;
Beziehung zum Partner / zur Partnerin
familiäre Situation, Beziehung zu den Kindern;
Geschichte der Partnerschaft
- Sozialdaten der Befragten zu Ausbildung und Berufstätigkeit

3. Leben in der Ursprungsfamilie -Kinheit und Jugend der Befragten:

- Eltern:
Sozialdaten der Eltern zu Alter, Ausbildung, Berufstätigkeit;
Verhaltenweisen, Wesenszüge der Eltern; Beziehung zu ihnen
- evtl.: andere Bezugspersonen:
Persönlichkeit und Beziehung zu ihnen
- Geschwister:
Stellung in der Geschwisterreihe;
Persönlichkeit und Beziehung zu ihnen
- wichtige Kindheitserlebnisse

4. Selbstbild der Befragten:

- Z. B. Kontaktverhalten; Umgang mit Aggression, Konflikten; Umgang mit Ängsten; Lebensgefühl, Zukunftssicht; Träume etc.

2.3. Die Datenstrukturierung und -auswertung

Die Basis für unsere Untersuchung bildeten Gesprächsprotokolle. Es sind die Aufzeichnungen von 36 längeren, klinisch biographisch orientierten Gesprächen.

Die Gespräche werden durch Mitschrift der Interviewer während der Gespräche festgehalten und anschließend abgetippt (methodische Probleme dieser Art der Dokumentation: siehe im methodenkritischen Kapitel).

Anmerkung und Interpretationen der Interviewer zum Gesprächsverlauf wurden kenntlich gemacht.

Bei der Auswertung sammelten wir die Aussagen der Befragten zu den verschiedenen Themenschwerpunkten des Interview-Leitfadens.

(Teile dieser Zitatensammlung können als Beispiel zu den einzelnen Kriterien dieser Auswertung, bzw. im Anhang dieser Arbeit für jeden einzelnen Befragten nachgelesen werden).

2.3.1. "Harte" und "weiche" Daten / Definitionen

Bei der Sichtung unserer Daten zeigte sich, daß wir es mit zwei Großgruppen von Informationen zu tun hatten: den sog. "harten" und den "weichen" Daten.

- "harte Daten":

Es handelt sich dabei um einen bestimmten Typ von Aussagen über die äußere Realität der Befragten (z. B. Alter und Beruf), denen wir ganz selbstverständlich glauben und die prinzipiell nachprüfbar sind (aber meist nicht weiter geprüft werden).

- "weiche Daten":

Darunter verstehen wir Informationen über die "innere Realität" der Befragten (Erinnerungen und Bewertungen von Situationen und Verhaltensweisen); diese innere Welt ist für jedes Individuum der Filter, sein Modell von der Welt, durch den es Erfahrungen aufnimmt und verarbeitet. So kann es geschehen, daß die gleiche Situation von zwei Menschen völlig verschieden wahrgenommen und interpretiert wird.

Aussagen über die "innere Realität", das subjektive Erleben der Befragten nämlich, stellen aber den größten Teil der Informationen dar, auf denen diese Arbeit basiert, da wir durch unseren Beitrag versuchen wollen, diese subjektive Realität zu rekonstruieren (vgl. Abschnitt: Theoretische Voraussetzungen zur Methode der Gesprächsführung).

Diese Art nicht direkt nachprüfbarer ("weicher") Daten ist die Datenbasis jedes qualitativ orientierten Interviews, und damit auch der klinisch-biographisch orientierten Methode. Die bei der Auswertung und Interpretation der auftretenden methodischen Probleme, z. B. die sprachliche Vermittlung, sowie die Anwendung klassischer Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung, sind grundsätzlicher Natur. Sie werden im Allgemeinen Teil des Methodenkapitels ausführlich dargestellt (vgl. dort).

2.3.2. Strukturierung der individuellen "weichen Daten" in dieser Arbeit

Wir standen bei der Auswertung der Gesprächsprotokolle vor dem Problem, daß wir eine Fülle schlecht miteinander vergleichbarer, subjektiver Aussagen von 24 Personen nach "objektiven" Kriterien strukturieren sollten. Bezüglich der Schwerpunkte dieser Arbeit (Beziehung zu den Eltern, Aspekte des Selbstbildes, Lebenssituation vor Krankheitsausbruch) gingen wir unterschiedlich vor.

2.3.2.1. Aspekte der Beziehung zu den Eltern, Verhaltensweisen der Eltern

Laut MAHLER (1978) ist die Entwicklung des Kindes zu einem autonomen Individuum entscheidend von bestimmten Faktoren geprägt, die mit der frühkindlichen Beziehung zu den Hauptbezugspersonen - nach MAHLER der Mutter - zusammenhängen (vgl. die ausführliche Darstellung in der Diskussion der Ergebnisse).

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Verhaltensweisen, die sich auf eine Entwicklung zu einem autonomen Individuum positiv auswirken:

- emotionale Nähe im Kontakt zur Hauptbezugsperson
- ruhiges ausgeglichenes Verhalten dieser Person
- Freiräume gewährendes Verhalten dieser Person
- zeitliche und räumliche Kontinuität mit dieser Person.

Ein Fehlen bzw. ein Mangel dieser Verhaltensweisen bzw. dieser Zuwendung zum Kind wirkt sich möglicherweise negativ auf seine Entwicklung aus, nämlich

- emotionale Distanz bzw. Ablehnung durch die Bezugsperson
- unausgeglichenes Verhalten dieser Person
- Freiraum einengendes, kontrollierendes und bevormundendes Verhalten dieser Person.

An dieser Stelle sei auch kurz der Begriff der zeitlichen und räumlichen Kontinuität erläutert, wie wir ihn in dieser Arbeit verwenden:

- Häufige Trennung von der Bezugsperson besteht z. B. durch eine ganz-tägige Berufstätigkeit außer Haus; eine gewisse Kontinuität durch regelmäßigen Kontakt zwischen Kind und Bezugsperson bleibt jedoch meist gewahrt.
- Eine längerdauernde zeitliche und räumliche Trennung besteht dann, wenn ein Kind über Wochen und Monate von der Bezugsperson getrennt lebt, z. B. wenn eine Pflegemutter eine zeitlang dieses Kind aufzieht.

Wir entschlossen uns daher, die erhaltenen "weichen Daten" über die Kontakte zu den Bezugspersonen anhand von "polaren Beschreibungsdimensionen" (nach HERRMANN, 1969) zu strukturieren; die von den Befragten sprachlich vermittelten Inhalte wurden nach diesen oben genannten Kriterien gesichtet, eingeordnet und durch Zitate belegt.

Neben den oben dargestellten konträren Aspekten einer Verhaltensweise gab es stets auch eine Gruppe von Personen, die zu diesem Punkt keine Angaben machten; sie sind in einer dritten Gruppe zusammengefaßt.

Am Beispiel des Aspektes "emotionale Nähe bzw. Distanz zur Mutter" läßt sich unser Vorgehen folgendermaßen illustrieren:

- 2 Befragte beschrieben eine emotionale Nähe im Kontakt zu ihrer Mutter
- 13 Befragte äußerten sich über eine emotionale Distanz in der Beziehung zu ihrer Mutter
- 9 Befragte machten zu diesem Punkt keine Angaben.

Eine entsprechende Dichotomisierung der Daten wurde lediglich für die zwei Hauptbezugspersonen, Vater und Mutter, vorgenommen. Andere Bezugspersonen wurden bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt.

Die oben dargestellten vier Hauptgruppen von Verhaltensweisen der Bezugspersonen wurden in Untergruppen unterteilt, die in nebenstehender Tabelle am Beispiel der Mutter zusammengestellt wurden (vgl. Tabelle). Bei der Auswertung hinsichtlich der Verhaltensweisen des Vaters wurde entsprechend verfahren.

Tabelle 4: Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung

1. Negative Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen

(anhand der Gesprächsprotokolle) - nach MAHLER, 1978

1.1. distanziertes Verhalten der Mutter:

1.1.1. Die Mutter wird als wenig zärtlich beurteilt

1.1.2. Der Kontakt zur Mutter wird als wesentlich weniger liebevoll als zum Vater beurteilt

1.1.3. Die Mutter wird als massiv ablehnend beurteilt

1.2. emotional inkonstantes Verhalten der Mutter:

Die Mutter wird als "nervös" beurteilt; sie zeigt häufige Stimmungsschwankungen

1.3. einschränkendes Verhalten der Mutter:

1.3.1. Die Mutter wird als fordernd und vorwurfsvoll beurteilt

1.3.2. Die Mutter wird als bevormundend beurteilt

1.3.3. Die Mutter wird als kontrollierend beurteilt

1.4. frühkindliche Trennung von der Mutter:

1.4.1. Häufige Trennung von der Mutter aufgrund ganztägiger Berufstätigkeit der Mutter außer Haus wird berichtet

1.4.2. Längerdauernde, d. h. monatelange Trennung von der Mutter (durch Aufenthalt bei Großeltern, Pflegemutter usw.), wird berichtet

1.4.3. Andere konstante Bezugspersonen sind bei Abwesenheit der Mutter vorhanden

1.4.4. Andere konstante Bezugspersonen sind bei Abwesenheit der Mutter nicht vorhanden

2. Positive Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen

(anhand der Gesprächsprotokolle) - nach MAHLER, 1978

2.1. emotionale Nähe im Kontakt zur Mutter:

2.1.1. Die Mutter wird als zärtlich beurteilt

2.1.2. Der Kontakt zur Mutter wird als wesentlich näher als zum Vater beurteilt

2.1.3. Die Mutter wird als akzeptierend und verständnisvoll beurteilt

Tabelle 4: Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung2.2. ruhiges, ausgeglichenes Verhalten der Mutter

Die Mutter wird als ruhig und ausgeglichen beurteilt

2.3. Freiraum gewährendes Verhalten der Mutter:

Die Mutter wird als Person beschrieben, die Eigeninitiative und Selbständigkeit des Kindes fördert

2.4. häufige Anwesenheit der Mutter in der Kindheit:

Es wird beschrieben, daß die Mutter viel Zeit mit dem Kind verbringt

3. Keine Angaben der Befragten zu den in den Unterpunkten 1 bis 4 genannten Verhaltensweisen der Mutter

2.3.2.2. Aspekte des Selbstbildes

Hierbei wurden keine polaren Beschreibungsdimensionen verwendet, sondern jeweils nur ein Verhaltensmerkmal, z. B. Konfliktverhalten, untersucht. Dieses Merkmal wurde auf verschiedene Verhaltensmöglichkeiten hin untersucht, z. B. innerer Rückzug oder Flucht bei Konflikten. Diesen Aussagen wurde eine Gruppe von Personen gegenübergestellt, die sich zu diesem Thema nicht äußerten.

2.3.2.3. Lebenssituation vor Krankheitsausbruch / Manifestation der Symptomatik des SLE

In ähnlicher Weise verfahren wir auch mit Aussagen der Befragten zu ihrer Lebenssituation vor Krankheitsausbruch. Hierbei legten wir unser Hauptaugenmerk auf Konfliktsituationen im Zusammenhang mit Verlusterlebnissen.

- Festlegung des Zeitpunktes des "Krankheitsausbruchs"
- Festlegung des Zeitraums der "aktuellen Ereignisse vor Krankheitsausbruch".

Wir waren hierbei auf subjektive Angaben der Befragten angewiesen, die im Gespräch mit uns bzw. mit den behandelnden Ärzten gemacht wurden. Auf das Problem der möglichen Wahrnehmungsstörungen körperlicher Beschwerden wie z. B. Gelenkschmerzen (SCHÖTTLER, 1981) wollen wir an dieser Stelle nur hinweisen, da dies exakte Zeitangaben relativiert; dies könnte Gegenstand künftiger Untersuchungen sein.

Zum anderen wird in der Literatur häufig auf den schleichenden Beginn der Erkrankung in einer Art Vorstadium hingewiesen (vgl. auch "Vorböten psychischer Auffälligkeiten" im Grundlagen-Kapitel), das erst nach einer unterschiedlich langen Latenzzeit zum Ausbruch führt.

In unserer Untersuchung weichen wir daher von der sonst üblichen Praxis ab und wählen als Zeitspanne für die "aktuellen belastenden Ereignisse" einen Zeitraum von zwei Jahren.

Als Zeitpunkt der Manifestation der Erkrankung an SLE sehen wir den Termin an, der uns von den Patienten angegeben wurde, bzw. der in den Krankenakten dokumentiert wurde und klammern damit das oben genannte Problem möglicher Wahrnehmungsstörungen aus.

Den Zeitpunkt der Manifestation nennen wir in der vorliegenden Arbeit zur Vereinfachung kurz "Krankheitsausbruch".

2.3.3. Allgemeine Hinweise zur Auswertung und Dokumentation der Daten aus den Gesprächsprotokollen

Methodische Probleme unserer "Untersucher-Subjektivität" bei der Sichtung und der Auswertung der vorliegenden Informationen anhand der Gesprächsprotokolle werden ausführlich in einem Kapitel zur Methoden-Diskussion dargestellt.

Typische Beispiele, die unsere Herangehensweise illustrieren, sind im Ergebnisteil dieser Arbeit dokumentiert.

Zitate zu einzelnen Fragestellungen wurden für jede einzelne Person unseres Kollektivs im Anhang dieser Arbeit zusammengestellt.

ERGEBNISSE

Lebensgeschichtliche Erfahrungen der befragten Patienten mit SLE

Wie anhand des Interview-Leitfadens ersichtlich (vgl. Methodik), war das klinisch-biographisch-orientierte Gespräch über lebensgeschichtliche Erfahrungen der 24 Personen unseres Kollektive ein zentraler Bestandteil unserer Untersuchung. Situationsbeschreibungen, Äußerungen über Verhaltensweisen und die Beziehungen zu wichtigen Personen, sowie über ihr eigenes Selbstbild illustrierten Grundstrukturen ihrer Biographie.

In den folgenden Kapiteln werden lebensgeschichtliche Erfahrungen der befragten Personen anhand folgender Schwerpunkte dargestellt:

Erfahrungen der Kindheit:

- soziale Situation der Kindheit (Kapitel 1)
- Beziehung zu den Eltern, Verhaltensweisen der Eltern (Kapitel 2 und 3)

Die frühe Kindheit definieren wir für diese Arbeit als die Zeit von der Geburt bis incl. des 6. Lebensjahres.

spätere lebensgeschichtliche Erfahrungen

- chronifizierte Konfliktsituationen (Eltern, Partner - Kapitel 4)
- aktuelle Konfliktsituation in den letzten beiden Jahren vor Manifestation der SLE-Symptomatik (tatsächlicher oder drohender Verlust von Personen, Arbeitsplatz, Wohnort ... - Kapitel 5)
- Aspekte des Selbstbildes der Befragten (Kapitel 6)

Diese Schwerpunkte werden in den folgenden Kapiteln anhand typischer Beispiele aus den Gesprächen illustriert. Detailinformationen zu den Lebensgeschichten einzelner Personen sind im Anhang unter folgenden Rubriken aufzufinden:

- Die frühe Mutter-Kind-Beziehung im Urteil der Befragten
- Die Beziehung zum Vater im Urteil der Befragten
- Lebensgeschichtliche Erfahrungen bis zum Krankheitsausbruch bei den befragten Personen - Ein Überblick (anhand der Gesprächsprotokolle)

1. Daten zur sozialen Situation in der Kindheit der Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

1.1. Lebensraum und soziale Situation in der Kindheit der Befragten sowie Stellung in der Geschwisterreihe

1.1.1. Lebensraum in der frühen Kindheit der Befragten

Von den insgesamt 24 Befragten werden 11 Personen (9 Frauen und 2 Männer), also annähernd die Hälfte des Kollektivs in einem Dorf oder einer Kleinstadt groß (5 Frauen und 1 Mann auf dem Dorf; 4 Frauen und 1 Mann in einer Kleinstadt bis 10.000 Einwohner).

In einer mittelgroßen Stadt (bis 100.000 Einwohner) verbringen 8 Personen, ein Drittel der Befragten (7 Frauen und 1 Mann), ihre Kindheit.

5 Personen wachsen in einer Großstadt (ab 100.000 Einwohner) auf (4 Frauen und 1 Mann).

1.1.2. Aspekte der sozialen Situation in der frühen Kindheit der Befragten

Bei der Geburt von 3 Frauen ist die Mutter minderjährig und ohne Ausbildung.

15 Personen (12 Frauen und 3 Männer), also annähernd zwei Drittel unseres Kollektivs, wachsen in einer schwierigen finanziellen Notlage ihrer Ursprungsfamilie auf. Folgende Beispiele verdeutlichen diese Situation:

"Ich konnte nicht so mitmachen wie die anderen - wir hatten nur Stempelgeld". (Pat. 8)

"Um uns hat er (der Vater) sich fast gar nicht gekümmert; er hat fast jeden Abend im Wirtshaus getrunken". (Die Mutter) "Die hat es schwer gehabt im Leben, hat trotz 5 Kindern putzen müssen". (Pat. 24)

Zwei der Väter sind alkoholabhängig und ohne festen Arbeitsplatz, zwei Väter sind Frührentner.

In drei Fällen ist die Mutter über mehrere Jahre während der frühen Kindheit der Befragten Alleinverdienerin, in einem Fall verdiente die Mutter den Lebensunterhalt für sich und ihr Kind auch später alleine. (Näheres zum Sozialstatus der Eltern vgl. später)

1.1.3. Stellung in der Geschwisterreihe, Anzahl der Geschwister

Bezüglich Anzahl der Geschwister und der Stellung in der Geschwisterreihe ergibt sich für die Befragten unseres Kollektivs folgendes:

1.1.3.1. Anzahl der Geschwister

Alle Befragten hatten mindestens ein Geschwister:

- 1 Geschwister hatten 7 Befragte (6 Frauen und 1 Mann)
- 2 Geschwister hatten 5 Befragte (3 Frauen und 2 Männer)
- 3 oder mehr Geschwister hatten 12 Befragte (11 Frauen und 1 Mann), also die Hälfte unseres Kollektivs.

1.1.3.2. Stellung in der Geschwisterreihe

Die Befragten hatten in der Geschwisterreihe folgende Stellung:
erstgeboren:

11 Befragte (9 Frauen, 2 Männer) waren Erstgeborene. Bei 7 von ihnen (5 Frauen, 2 Männern) wurde in weniger als 4 Jahren ein weiteres Kind geboren; bei den restlichen 4 Personen dieser Untergruppe (4 Frauen) wurde mindestens bis zu ihrem 6. Lebensjahr kein weiteres Geschwister geboren.

Kind mit älteren und jüngeren Geschwistern:

7 Befragte (6 Frauen und 1 Mann) hatten sowohl ältere als auch jüngere Geschwister.

als jüngstes Kind geboren:

6 Befragte (5 Frauen, 1 Mann) wurden in ihre Familie als jüngstes Kind geboren; 2 von ihnen (2 Frauen) waren dabei mehr als 6 Jahre jünger als das nächste Geschwister und bezeichneten sich als "Nachkömmling".

1.2. Sozialstatus der Mutter (in der frühen Kindheit der Befragten)

Dieser Abschnitt beinhaltet Daten zum sozialen Status der Mutter der Befragten mit Angaben zu Alter, Ausbildung und Berufstätigkeit.

1.2.1. Alter der Mutter bei Geburt (des(r) Patienten(in))

9 Mütter sind bei der Geburt der befragten Personen zwischen 21 und 30 Jahre alt.

5 Mütter sind zwischen 31 und 35 Jahre alt.

3 Mütter sind minderjährig (was damals bedeutete: unter 21 Jahren).

2 Mütter sind (bei Geburt der befragten Person) über 35 Jahre alt.

Das Durchschnittsalter dieser insgesamt 19 Mütter beträgt ca. 27,5 Jahre bei der Geburt des Kindes.

Bei 5 Müttern wurde das Alter nicht bekannt.

1.2.2. Ausbildung der Mutter

19 Mütter, also die Mütter von mehr als drei Vierteln unseres Kollektivs schlossen die Volksschule ab, machten aber anschließend keine Berufsausbildung.

Die Gesellenprüfung legten 3 Mütter ab. Die mittlere Reife bestanden 2 Mütter. Keine Mutter hatte das Abitur oder eine weiterführende Ausbildung.

1.2.3. Berufstätigkeit der Mutter in der frühen Kindheit der Befragten

1.2.3.1. Berufstätigkeit und gemeinsame Zeit mit dem Kind

Bezüglich gemeinsam mit dem Kind verbrachter Zeit ergeben sich bei den Müttern der Befragten zwei Gruppen:

- eine erste Gruppe von Müttern, die ihrer Arbeit nachgehen, ohne ihr Kind dabei haben zu können

- eine zweite Gruppe von Müttern, die ihr Kind während ihrer Arbeitszeit bei sich haben können.

Berufstätig in Abwesenheit des Kindes:

Diese Gruppe besteht aus 8 Müttern, einem Drittel des Kollektivs (die Mütter von 6 Frauen und 2 Männern). 5 Mütter aus dieser Gruppe gehen einer Arbeit ohne Berufsqualifikation nach, einer sog. ungelernten Arbeit. 3 Mütter sind in ihrem erlernten Beruf tätig (vgl. auch frühkindliche Trennung - im Kapitel über die Mutterbeziehung).

Berufstätig mit Anwesenheit des Kindes:

Zu dieser Gruppe sind 16 Mütter, die restlichen zwei Drittel unseres Kollektivs zu rechnen (die Mütter von 14 Frauen und 2 Männern).

1 Mutter ist als Selbständige im eigenen Geschäft tätig. 3 weitere arbeiten in der eigenen Landwirtschaft und im Haushalt. Die verbleibenden 12 Mütter, die Hälfte des Kollektivs arbeiten als Hausfrauen und sind nicht erwerbstätig (aber dennoch berufstätig).

1.2.3.2. Berufstätigkeit und Doppelbelastung der Mutter

Unter dem Begriff "Doppelbelastung" wird die Beanspruchung der Mutter durch Erwerbstätigkeit und Haushaltsführung verstanden.

12 Mütter, also die Hälfte der Mütter unseres Kollektivs, sind doppelbelastet (vgl. oben: die andere Hälfte des Kollektivs hat Mütter, die als Hausfrauen tätig und nicht erwerbstätig sind).

1.3. Sozialstatus des Vaters (in der frühen Kindheit der Befragten)

Im folgenden Abschnitt sind Alter, Ausbildung und Beruf des Vaters der Befragten dargestellt.

"Väter" - "Stiefväter"

Diese Aufzählung beinhaltet nur die Daten von 23 Personen, da eine Frau während ihrer gesamten Kindheit und Jugend keine Vaterfigur hatte (Pat. 14). Unter dem Überbegriff "Vater" sind sowohl leibliche als auch Stiefväter zusammengefaßt; im folgenden werden beide Gruppen getrennt aufgeführt.

Von den 24 Befragten hatten also

- 19 Personen einen leiblichen Vater, mit dem sie in ihrer Kindheit zusammenlebten
- 4 Personen hatten einen Stiefvater
- 1 Person hatte keine Vaterfigur in ihrer Familie

1.3.1. Alter des (leiblichen) Vaters bei Geburt der Befragten

1.3.1.1. Vater

Vier leibliche Väter sind zwischen 21 und 30 Jahre bei der Geburt der Befragten.

7 Väter sind zu diesem Zeitpunkt zwischen 31 und 40 Jahre alt.

2 Väter sind älter als 40 Jahre, als der / die Befragte geboren wird.

Das Durchschnittsalter dieser 13 Väter beträgt ca. 33,5 Jahre.

Bei 6 Vätern ist das Alter nicht bekannt.

1.3.1.2. Stiefvater

Die Stiefväter gehören zum Zeitpunkt der Geburt der Befragten noch nicht zur Familie.

1.3.2. Ausbildung des Vaters

1.3.2.1. Vater

Acht Väter, also die Väter eines Drittels unseres Kollektivs schlossen die Volksschule ab und machten keine weitere Berufsausbildung.

9 Väter machten die Gesellenprüfung, die mittlere Reife legte 1 Vater ab.

1.3.2.2. Stiefvater

Bei den Stiefvätern hatten 3 einen Volksschulabschluß ohne weitere Ausbildung.

1 hatte die fachgebundene Hochschulreife abgelegt und ein Studium abgeschlossen.

1.3.3. Ausgeübter Beruf des Vaters (in der Kindheit der Befragten)

1.3.3.1. Vater

2 Väter sind ohne festen Arbeitsplatz.

2 Väter sind Frührentner.

3 Väter gehen einer Tätigkeit ohne Berufsausbildung nach, z. B. als Fabrikarbeiter.

7 Väter arbeiten in ihrem erlernten Beruf; darunter ist 1 Landwirt, 5 Handwerker sowie ein Handwerksmeister in leitender Position.

Die einfache Laufbahn als Angestellter oder Beamter haben 3 Väter eingeschlagen.

2 Väter arbeiten als Selbständige in eigener Werkstatt bzw. im eigenen Geschäft.

4 Väter sind durch ihre Berufstätigkeit bzw. Rente nicht ganztägig vom Kind getrennt (1 Selbständiger, 1 Landwirt und 2 Frührentner).

1.3.3.2. Stiefvater

Unter den Stiefvätern sind folgende Tätigkeiten vertreten:

1 Stiefvater ist Handwerker, 1 ist "ungelernter Arbeiter" (der teilweise arbeitslos ist in der Kindheit des Befragten).

1 ist leitender Angestellter.

Der Beruf eines Stiefvaters wurde nicht angegeben.

2. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung nach MAHLER (1978) - (anhand der Gesprächsprotokolle)

Die Auswertung der Gesprächsprotokolle erfolgte in Anlehnung an die von MAHLER entwickelten Kategorien (vgl. im Kapitel über die Methode der vorliegenden Untersuchung).

Für die Unterpunkte 1, 2 und 4 (distanziertes, emotional inkonstantes Verhalten der Mutter, frühkindliche Trennung von der Mutter) ergibt sich jeweils eine Summe von 24 Personen.

Für den Unterpunkt 3 (Freiraum einschränkendes Verhalten der Mutter) ergibt sich eine Summe von 26, da zwei der 24 Befragten gleichzeitig äußerten, ihre Mutter habe ihnen in gewissen Bereichen Freiräume gewährt, und auch, sie habe sich ihnen gegenüber in anderen Bereichen stark eingeschränkt verhalten.

2.1. Negative Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen - (anhand der Gesprächsprotokolle) nach MAHLER (1978)

2.1.1. Distanziertes Verhalten der Mutter

13 Personen, 12 Frauen und 1 Mann, also etwas mehr als die Hälfte der Befragten äußern, der Kontakt zur Mutter in der Kindheit sei distanziert gewesen.

2.1.1.1.

9 Personen, 8 Frauen und 1 Mann, beschrieben ihre Mutter als kühl und wenig zärtlich, z. B. Patientin 2:

" Unsere Mama ist eine ganz kalte So Liebe, so Drücken ist da nicht ...".

2.1.1.2.

2 Frauen geben an, daß sie sich von ihrer Mutter massiv abgelehnt fühlten, z. B. Patientin 10:

" Es ist schlimm, wenn man über seine Mutter so was sagen muß: Sie war von jeher mit Haß erfüllt. Sie hätte sich ihre Zukunft sicher ganz anders aufgebaut, wenn das mit mir nicht passiert wäre Manchmal hat sie gesagt: Wenn du nicht wärst, wär manches nicht".

2.1.1.3.

4 Frauen sagen aus, der Kontakt zu ihrer Mutter sei wesentlich schlechter als zu ihrem Vater gewesen. Sie waren jeweils das "Lieblingskind" des Vaters. Die Rivalitätsproblematik zur Mutter bleibt nur angedeutet, wie bei Patientin 16:

" Ich bin schon am Vater gehängt als einziges Mädel ..., der stand immer zur Verfügung ..., er war immer meine Stütze, ich bin nie zur Mutter gegangen".

2.1.2. Emotional inkonstantes Verhalten der Mutter

6 Personen, 4 Frauen und 2 Männer, beurteilen das Verhalten ihrer Mutter als unausgeglichene, wie die folgenden Beispiele veranschaulichen:

Patient 23 charakterisiert seine Mutter so: Sie ist

" hysterisch, hat keine Ruhe, ist sofort durchgedreht, beschimpft einen sofort, ist leicht eingeschnappt, gerät außer Kontrolle ...".

Patient 19 äußert über ihre Mutter: Sie war

" unnahbar und herzlich, beides. Sie war mir oft fremd, dann hat sie mich wieder in den Arm genommen".

2.1.3. Einschränkendes Verhalten der Mutter

16 Personen, 15 Frauen und 1 Mann, das heißt zwei Drittel der Befragten äußern, ihre Mutter habe ihren Freiraum als Kind stark eingeschränkt.

3 Personen (Patientin 4, 6, 22) nennen hierfür mehrere Bereiche.

Drei der Befragten (Patientin 3, 10, 19) geben jedoch an, ihnen sei in anderen Bereichen durch die Mutter Freiraum gewährt worden (vgl. 2.2.2.3.).

2.1.3.1.

7 Personen, 6 Frauen und 1 Mann, schildern ihre Mutter als fordernd bzw. vorwurfsvoll, z. B. Patientin 2:

" Alle meine Freundinnen haben was lernen dürfen ..., meine Mama hat gesagt, daß sie mich jetzt braucht ...".

(Die Patientin machte keine Berufsausbildung, sondern sie half ihrer Mutter im Haushalt).

Eine Frau äußerte, die Forderungen ihrer Mutter seien erpresserisch gewesen (Patientin 4):

" Wenn ich nicht rechtzeitig nach Hause kam, dann bekam meine Mutti Kopfschmerzen ...".

2.1.3.2.

9 Frauen heben hervor, daß sie sich von ihrer Mutter bevormundet fühlten. Bei allen reichte diese Bevormundung bis ins Erwachsenenalter, z. B. bei Patientin 10:

" Bis zu meinem 40. Lebensjahr hat sie mich bevormundet. Als wir (ihr Mann und sie) z. B. ein Haus gebaut haben, hat sie gesagt: Es wäre gescheiter gewesen, du hättest ein anderes gekauft".

2.1.3.3.

3 Frauen beschrieben ihre Mutter als kontrollierend, z. B. Patientin 6:

" Meine Mutti hat den siebten Sinn gehabt, die ist mir auf alles draufgekommen; der Gedanke war aufregend Meine Mutti ist mit allen Wässern gewaschen; sie hört sogar am Tonfall, wenn irgendwas ist ...".

2.1.4. Vorkommen frühkindlicher Trennungserfahrungen

8 Personen, 6 Frauen und 2 Männer, (ein Drittel der Befragten) schildern eine häufige und / oder längerdauernde Trennung von der Mutter in der frühen Kindheit (genaue Definitionen s. o.).

2.1.4.1.

8 Personen erfahren eine regelmäßige Trennung von der Mutter, die ganztags außer Haus erwerbstätig ist, und die ihr Kind zu ihrer Arbeitsstelle nicht mitnehmen kann.

4 der Mütter sind alleinerziehende Mütter, die ihre Kinder "ledig" geboren haben.

Über die häufige Trennung von der ganztags berufstätigen Mutter sagt Patientin 19:

" Ich bin auch Einzelkind, war früh auf mich gestellt ...; ich bin schon früh allein in Gaststätten essen gegangen".

(Die Mutter war alleinerziehend, die Patientin bis zu ihrem 12. Lebensjahr "Schlüsselkind").

2.1.4.2.

3 Personen, 1 Frau und 2 Männer, sind zusätzlich auch einer längerdauernden räumlichen Trennung von der Mutter ausgesetzt. Diese Dauer ist unterschiedlich lang: mehrere Wochen (Patientin 3), dreimal bis zu einem halben Jahr im Zeitraum vom 4. bis 6. Lebensjahr (Patient 13) bzw. während der gesamten ersten 18 Lebensmonaten (Patientin 8).

Über die längerdauernde Trennung von seiner Mutter äußert Patient 8 sich folgendermaßen:

" Ich bin nicht gestillt worden, die Mutter mußte arbeiten. Eineinhalb Jahre war ich bei der Pflegemutter, da bin ich mit der Flasche aufgewachsen. Die gaben mir nichts, kassierten nur Geld ...".

2.1.4.3.

5 der 8 Personen, 3 Frauen und 5 Männer, mit frühkindlichen Trennungserfahrungen haben andere Bezugspersonen (wie Großeltern, Pflegemutter), zu denen der Kontakt unterschiedlich intensiv ist.

Ein Beispiel ist die Aussage von Patient 8 über seine Pflegemutter (s. Zitat unter 2.1.4.2.).

2.1.4.4.

Die übrigen 3 Frauen schildern außer der Mutter keine konstanten Bezugspersonen.

2.2. Positive Bewertung mütterlicher Verhaltensweisen - (anhand der Gesprächsprotokolle) nach MAHLER (1978)

2.2.1. Emotionale Nähe im Kontakt zur Mutter

2 Frauen sprechen von emotionaler Nähe im Kontakt zur Mutter.

2.2.1.1.

Eine Frau (Patientin 4) schildert, ihre Beziehung zur Mutter sei zärtlich gewesen:

" Meine Mutti versuchte, mir eine schöne Kindheit zu bereiten ..., sie hat viel mit mir gespielt und geschmust ...".

2.2.1.2.

Eine Frau äußert, sie sei von ihrer Mutter verstanden und akzeptiert worden (Patientin 22):

" Meine Mama war wie ich. Im Wesen sind wir uns sehr ähnlich. Ich bin nun mal Löwe, die Mama auch. Von der hätt' ich alles haben können, die hat mich verstanden".

(Die gleiche Patientin erlebt allerdings auch stark bevormundende Tendenzen im Verhalten ihrer Mutter - Näheres siehe im Anhang dieser Arbeit).

2.2.2. ruhiges, ausgeglichenes Verhalten der Mutter

Eine Frau (Patientin 2) beurteilt ihre Mutter als ruhigen Menschen: Die Mutter

" war gut, eine richtige Familienmutter ..., sie machte alles ..., eine ruhige, brave Frau ...".

2.2.3. Freiraum gewährendes Verhalten der Mutter

4 Personen, 3 Frauen und 1 Mann, sagen aus, ihnen sei von der Mutter Freiraum für selbständiges und eigenverantwortliches Handeln gewährt worden. 2 dieser Personen (Patientin 3, 19) äußern jedoch gleichzeitig, sie seien von ihrer Mutter in anderen Bereichen bevormundet worden (vgl. einschränkendes Verhalten der Mutter).

5 Personen, 4 Frauen und 1 Mann, sagen aus, die Mutter habe ihre Eigeninitiative gefördert. Bei vier dieser Personen, 3 Frauen und 1 Mann, ist die Selbständigkeit als Kind gleichzeitig mit häufiger Abwesenheit der Mutter verbunden.

2 von ihnen erlebten als Kleinkinder eine längerdauernde Trennung von der Mutter (vgl. frühkindliche Trennungserfahrung von der Mutter).

So äußert Patient 13 (der häufige und längerdauernde Trennungen von der Mutter erlebte):

" Wir wurden sehr selbständig erzogen ...".

2.2.4. Häufige Anwesenheit der Mutter in der Kindheit

5 Frauen erwähnen ausdrücklich, die Mutter habe in der Kindheit mit ihnen viel Zeit verbracht, z. B. Patient 4:

" Sie hat viel mit mir gespielt und geschmust ...".

Vier der Mütter sind Hausfrauen, eine Mutter arbeitet im Haushalt und eigener Landwirtschaft.

2.3. Keine Angaben der Befragten zu den Unterpunkten 1 bis 4

Eine Reihe von Befragten äußern sich während der Gespräche nicht zu bestimmten Verhaltensweisen ihrer Mütter.

2.3.1. Distanzierter bzw. emotional naher Kontakt zur Mutter

9 Personen, 6 Frauen und 3 Männer äußern sich nicht zu diesem Punkt.

2.3.2. Emotional inkonstantes bzw. ausgeglichenes Verhalten der Mutter

17 Personen, 15 Frauen und 2 Männer äußern sich nicht ausdrücklich zu diesem Punkt.

2.3.3. Einschränkendes bzw. Freiraum gewährendes Verhalten der Mutter

6 Personen, 4 Frauen und 2 Männer machen keine Angaben zu diesem Punkt.

2.3.4. Abwesenheit der Mutter bzw. Anwesenheit der Mutter

11 Personen, 9 Frauen und 2 Männer machen keine Angaben zu diesem Punkt.

3. Aspekte der Beziehung zum Vater - (anhand der Gesprächsprotokolle)

In Orientierung an die Kategorien, nach denen mütterliches Verhalten untersucht wurde, sind im folgenden die Verhaltensweisen der Vaterfiguren der Befragten zusammengestellt (vgl. im Kapitel über die Methode der vorliegenden Untersuchung).

Als Ergänzung findet sich in Abweichung von diesem Schema lediglich eine zusätzliche Kategorie: Verlust des Vaters durch Tod (Punkt 3.5.)

Leibliche Väter / Stiefväter

- Von den 24 Personen unseres Gesamtkollektivs lebten 19 in den ersten 6 Lebensjahren mit ihrem leiblichen Vater zusammen.
- Vier weitere Personen hatten Stiefväter, wovon 3 mit ihren Stiefvätern erst nach dem 6. Lebensjahr zusammenlebten (Details siehe im Anhang).
- Eine Person (Patientin 14) hatte keine Vaterfigur, mit der sie in ihrer Kindheit in einer Familie lebte.

In der folgenden Auswertung werden die Verhaltensweisen von 23 Vätern, d. h. leiblichen und Stief-Vätern, nicht getrennt, sondern gemeinsam betrachtet.

3.1. Negative Bewertung von väterlichem Verhalten - (anhand der Gesprächsprotokolle)

3.1.1. Distanziertes Verhalten des Vaters

9 Personen, 8 Frauen und 1 Mann, also mehr als ein Drittel der Befragten, beurteilen das Verhalten ihres Vaters zu ihnen als Kind als distanziert.

3.1.1.1.

Alle 9 Personen, 8 Frauen und 1 Mann, berichten, das Verhältnis zu ihrem Vater sei wenig zärtlich gewesen, z. B. Patientin 18:

" Wenn er da war, war er müde. Zugänglich war er nicht. Ich hab' mich nicht getraut, mit ihm zu schmusen; dazu haben wir uns zu wenig gekannt".

3.1.1.2.

Bei 2 Personen aus dieser Gruppe, 2 Frauen, verhielt sich der Vater massiv ablehnend; es handelte sich in beiden Fällen um den Stiefvater, der die alleinstehende, alleinerziehende Mutter erst einige Jahre nach der Geburt der Patientin geheiratet hatte, so z. B. bei Patientin 10:

" Z. B. hat mein Vater gesagt: Wir gehen am Sonntag spazieren. Ich hab' gesagt: Ui ja. Da hat mein Vater gesagt: Wer hat denn gesagt, daß du mitgehst? Du hast da nichts zu suchen. Ich hab' gesagt: Warum denn nicht? Da hat er gesagt: Ja meinetwegen".

3.1.2. Emotional inkonstantes Verhalten des Vaters

8 Personen, 7 Frauen und 1 Mann, also ein Drittel der Befragten, beurteilen das Verhalten ihres Vaters als unausgeglichene und von Stimmungsschwankungen geprägt, z. B. Patientin 17:

" Als Kind hab' ich Angst vor meinem Vater gehabt. Er war sehr jähzornig. Wenn mich mein Vater angeschaut hat, beim Essen, war ich eher verkrampft. Nur nicht auffallen Der Vater war ein herzensguter Mensch - aber jähzornig, wohl durch den Krieg".

Die 4 Jahre ältere, als eigenwillig beschriebene Schwester wurde im Gegensatz zur Patientin häufig geschlagen.

" Mich hat der Vater nur einmal gehauen - aber da war ich selber schuld. Ich hab' ihn mit einem Gartenschlauch naßgespritzt".

3.1.3. Einschränkendes Verhalten des Vaters

11 Personen, 8 Frauen und 3 Männer, also annähernd die Hälfte der Befragten, berichten, ihr Vater habe ihren Freiraum stark durch Forderungen und Verbote eingeschränkt.

3.1.3.1.

9 Personen, 7 Frauen und 2 Männer beurteilen ihren Vater als bevormundend und streng, z. B. Patient 13: Der Vater

" war streng, pünktlich, ordentlich. Schule und Was-Ordentliches-Werden waren für ihn sehr wichtig. Wir bekamen Prügel - aber gerecht".

3.1.3.2.

2 Personen, 2 Frauen, beurteilen ihren Vater als kontrollierend, z. B. Patientin 16:

" Ich durfte nur mit den Brüdern raus - oder gar nicht".

(Sie berichtet, daß sie bis zu ihrer Heirat mit 20 Jahren nur in Begleitung ihrer Brüder abends ausgehen durfte).

3.1.4. Frühkindliche Trennung vom Vater

10 Personen, 7 Frauen und 3 Männer, also mehr als ein Drittel der Befragten, berichten, ihr Vater habe in den ersten Lebensjahren wenig Zeit mit ihnen verbracht.

(Lediglich 20 der 24 Personen unseres Kollektivs hatten in den ersten 6 Lebensjahren eine Vaterfigur, d. h. einen leiblichen Vater oder einen Stiefvater).

3.1.4.1.

7 Personen, 6 Frauen und 1 Mann, sagen aus, ihr Vater sei wenig zuhause gewesen:

- Der Vater von Patientin 18 hatte z. B. einen verantwortungsvollen Posten als Handwerksmeister.
- Der Vater von Patientin 24 wird als alkoholabhängig geschildert;

er sei viel in Wirtshäusern gewesen, und er verbrachte deswegen wenig Zeit zuhause:

" Mein Vater trank, war fast jeden Tag betrunken und es gab Streit
Um uns hat er sich fast gar nicht gekümmert".

3.1.4.2.

Bei 3 Personen, 2 Frauen und 1 Mann, war der Vater zwar häufig zuhause anwesend, aber häufig körperlich so von der Arbeit geschafft, daß er sich dem Kontakt mit seinen Kindern entzog, wie der Vater von Patient 9:

" Der Vater mag am Tag seine Ruhe - und nachts arbeitet er".

(Der Vater des Patienten ist Schichtarbeiter in einer Fabrik).

3.1.4.3.

Eine längerdauernde Trennung vom Vater erfuhren 2 Personen, eine Frau und ein Mann, während der frühen Kindheit.

- Patient 3 war im ersten Lebensjahr (auf der Flucht nach dem 2. Weltkrieg) wochenlang von ihrer Familie getrennt.
- Patient 13 war vom 4. bis zum 6. Lebensjahr mehrfach bis zu einem halben Jahr von seinen Eltern getrennt und wuchs bei seinen Großeltern auf:

" Als mich mein Vater so mit 6 Jahren von den Großeltern holen wollte, da hab' ich gesagt: Nein, ich bleibe hier. Da hat er mir eine Watsche gegeben".

3.2. Positive Bewertung von väterlichem Verhalten - (anhand der Gesprächsprotokolle)

3.2.1. Emotionale Nähe im Kontakt zum Vater

6 Personen, 5 Frauen und 1 Mann, sagen aus, das Verhältnis zu ihrem Vater sei von emotionaler Nähe geprägt gewesen.

3.2.1.1.

5 Personen, 5 Frauen, berichten, der Kontakt zu ihrem Vater sei zärtlich gewesen, wie z. B. bei Patientin 1:

" Früher bin ich sehr am Vater gehängt, der Bruder an der Mutter
Zu mir war der Vater weicher als zur Mutter, er hats mit der Tochter gekonnt".

3.2.1.2.

4 der Frauen sind zugleich Lieblingskind des Vaters, wie Patientin 2:

" Ich war Vaterkind Er nahm mich immer mit. An Nikolaus saß ich beim Papi auf dem Schöß ...".

3.2.1.3.

3 Personen, 2 Frauen und 1 Mann, schildern, ihr Vater sei sehr unterstützend und verständnisvoll gewesen. So erzählt Patientin 2, wie ihr Vater sie bei Ängsten beruhigte:

" Der Papa brachte uns ins Bett. Als Kind, so mit 4, 5 Jahren, da wachte ich manchmal auf. Ich hab' von einem Kreis geträumt, der wurde immer größer und ich hab' geschrien. Der Papa hat mich dann herumgetragen und in sein Bett gelegt".

3.2.2. Ruhiges, ausgeglichenes Verhalten des Vaters

4 Personen, 3 Frauen und 1 Mann, beurteilen das Verhalten ihres Vaters als ruhig und ausgeglichen, wie z. B. Patientin 11, die sich mit dieser Eigen-

schaft ihres Vaters identifiziert:

" Ich komm mehr nach dem Vater (als nach der Mutter). Der ist die Ruhe".

3.2.3. Freiraum gewährendes Verhalten des Vaters

Keine(r) der Befragten schildert im Gespräch, daß der Vater in der Kindheit Eigeninitiativen gewährt, Freiraum gefördert habe.

3.2.4. Häufige Anwesenheit des Vaters während der ersten sechs Lebensjahre

5 Frauen äußern, ihr Vater habe viel Zeit mit ihnen verbracht; 4 dieser Frauen sind das Lieblingskind ihres Vaters, wie Patientin 16:

" Ich bin schon sehr am Vater gehängt als einziges Mädcl. Der stand immer zur Verfügung".

(Der Vater der Patientin ist schwerkriegsbeschädigt und Frührentner und hält sich viel zuhause auf).

" Haben die Brüder mich am Zopf gezogen, dann hab' ich gesagt: Ich sag's dem Vater ...".

3.3. Keine Angaben der Befragten zu den Unterpunkten 1 bis 4 - (anhand der Gesprächsprotokolle)

In diesem Abschnitt werden unter den Unterpunkten 1 bis 3 diejenigen Befragten zusammengefaßt, die keine Angaben zu ihrer Vaterfigur (Vater bzw. Stiefvater) machen.

3.3.1. Distanzierter bzw. emotional naher Kontakt zum Vater

8 Personen, 6 Frauen und 2 Männer, machen keine Angaben zu diesem Punkt.

3.3.2. Emotional inkonstantes bzw. ausgeglichenes Verhalten des Vaters

11 Personen, 9 Frauen und 2 Männer, machen keine Angaben zu diesem Punkt.

3.3.3. Freiraum einschränkendes bzw. gewährendes Verhalten des Vaters

12 Personen, 11 Frauen und 1 Mann, äußern sich nicht zu diesem Punkt.

3.3.4. Anwesenheit bzw. Abwesenheit des Vaters während der ersten sechs Lebensjahre

5 Personen, 4 Frauen und 1 Mann, äußern sich nicht zu diesem Punkt.

3.4. Keine Vaterfigur in den ersten sechs Lebensjahren

4 Personen haben in den ersten sechs Lebensjahren keine Vaterfigur (s. a. im Vorwort zu diesem Kapitel):

- Patientin 10 hat ab dem 6. Lebensjahr einen Stiefvater
- Patientin 21 hat ab dem 8. Lebensjahr einen Stiefvater
- Patientin 19 hat ab dem 12. Lebensjahr einen Stiefvater
- Patientin 14 hatte auch später keine Vaterfigur

3.5. Verlust des Vaters durch Tod

2 Frauen berichten vom Tod ihres (leiblichen) Vaters in ihrer Jugend:

- Patientin 1 ist 10jährig zu diesem Zeitpunkt (3 Jahre vor Krankheitsausbruch)
- Patientin 2 ist 13jährig zu diesem Zeitpunkt (29 Jahre vor Krankheitsausbruch)

Beide Personen waren ältestes Kind in ihrer Familie, waren das Lieblingskind ihres Vaters gewesen und hatten zu ihrer Mutter eine distanzierte Beziehung gehabt (Einzelheiten vgl. im Anhang).

Hinweis zu Kapitel 2 und 3

"Emotionale Distanz" und "Einschränkung von Freiraum" durch die Eltern

Emotionale Distanz zu den Eltern:

Keiner unter den Befragten berichtete eine emotionale Nähe zu beiden Elternteilen, während 18 Personen, und damit drei Viertel des Kollektivs sich über eine emotionale Distanz zumindestens einem Elternteil äußerten:

- 7 Personen, darunter 1 Mann, lebten in ihrer Kindheit mit einem emotional nahen und einem distanzierten Elternteil (wobei die emotional kühlen Elternfiguren 5 Mütter und 2 Väter waren).
- 8 weitere Personen, darunter 1 Mann, berichteten von einem ausgesprochen distanzierten Elternteil, 4 Väter und 4 Mütter, während sie über den anderen Elternteil keine Meinung äußerten.
- 3 weitere Personen, 3 Frauen, sagten aus, beide Eltern hätten sich in ihrer Kindheit kühl und abweisend verhalten.
- Insgesamt ist die Nennung von Müttern und Vätern im Zusammenhang mit emotionaler Distanz in etwa ausgeglichen, mit leichtem Überhang der Mutteranzahl.

Einschränkung von Freiraum durch die Eltern

Insgesamt 18 Personen, also drei Viertel des Kollektivs, berichten, mindestens ein Elternteil habe sich einschränkend, kontrollierend und bevormundend verhalten:

- 2 Personen, 1 Frau und 1 Mann, lebten in ihrer Kindheit mit einem Freiraum gewährenden und einem einschränkenden Elternteil - wobei jeweils die Mütter Freiraum gewährten und zu Selbständigkeit erzogen, sie andererseits aber auch häufig sich selbst überließen (vgl. Thesen von

MITSCHERLICH-NIELSEN, 1980, in der Diskussion der Ergebnisse).

- Bei 10 Personen, davon 2 Männer, verhielt sich ein Elternteil einschränkend, während über den anderen diesbezüglich nichts ausgesagt wird. In 9 von 10 Fällen ist der einschränkende Elternteil die Mutter.
- 6 Personen berichten, daß beide Eltern sie als Kinder einschränkend und bevormundend behandelt hätten.

4. Chronifizierte Konfliktsituationen in der Beziehung zu Eltern und Partner

In den folgenden Abschnitten werden anhand von Beispielen die vielfältigen Konfliktsituationen, mit denen die Befragten zum Teil viele Jahre leben, erläutert.

Bei diesen chronifizierten Konflikten handelt es sich um Beziehungsprobleme mit Eltern und Lebenspartner:

- 14 Personen berichten von Ablösungskonflikten von ihren Eltern (es handelt sich um 13 Frauen und 1 Mann).
- 14 Personen (ebenfalls 13 Frauen und 1 Mann) berichten von chronischen Konflikten mit ihren Partnern.
- 9 Personen (8 Frauen und 1 Mann) äußern sich zu Konflikten in beiden genannten Bereichen.

4.1. Ablösungskonflikt mit den Eltern

14 Personen (13 Frauen und 1 Mann) haben ihre innere Ablösung von den Eltern auch als Erwachsene lange Zeit nicht vollzogen.

4.1.1. Ablösungskonflikt mit der Mutter

10 erwachsene Frauen schildern während der Gespräche Situationen, die auf eine nicht vollzogene Ablösung von der Mutter hinweisen, oder äußern dies

wörtlich, wie z. B. folgende Personen:

Patientin 12 schildert in weiten Passagen unseres Gesprächs lebensgeschichtliche Ereignisse oder Situationen, die mit ihrer Beziehung zur Mutter in Zusammenhang stehen. Sie leitet sie mit folgenden Worten ein: "Meine Mutter hat mich bis zu meinem 36. Lebensjahr völlig beherrscht ...". (Eine entscheidende Phase im Abgrenzungskonflikt mit der Mutter findet erst mit 36 Jahren statt, 3 Jahre nach Krankheitsausbruch. 2 Jahre später löst sie sich räumlich vom Wohnort der Mutter. Im darauffolgenden Monat finden in der neuen Wohnung der Patientin dramatische Szenen mit der nachgereisten Mutter statt, die einen Tag später stirbt. - Näheres im Kapitel über die Mutter¹).

Auch Patientin 2, die ihre Mutter als eine kühle, distanzierte Person schildert, hat sich - wie auch ihre Geschwister - innerlich nicht von ihrer Mutter gelöst. Alle Geschwister leben, jeder in einem kleinen Haus, auf dem Grundstück der Mutter, von der sie sagt: "Wir Geschwister laufen zur Mama wie ein Sog ...".

4.1.2. Ablösungskonflikt mit dem Vater

6 Personen, 5 Frauen und 1 Mann, berichten Situationen, die auf eine nicht vollzogene Ablösung vom Vater (im Erwachsenenalter) hindeuten, z. B. Patientin 16:

Der Vater der Patientin liegt im Sterben, als sie 22 Jahre alt ist (8 Jahre vor Krankheitsbeginn). Sie besucht ihn am Tag seines Todes, meint aber, wegen ihrer kleinen Tochter nicht länger bei ihm bleiben zu können. Einige Stunden später stirbt er. Die Patientin, die das Lieblingskind des Vaters gewesen war, entwickelt dann dauerhafte Schuldgefühle: "Er war immer meine Stütze Ich konnte nicht länger bleiben, die Tochter war gerade 1 Jahr alt ...". (Näheres im Kapitel über den Vater)

Die Beziehung der restlichen 18 Personen zu ihren Vätern muß vor folgendem Hintergrund betrachtet werden: Der Vater der 3 Frauen war bereits in deren Jugend gestorben.

4 Personen (3 Frauen und 1 Mann) hatten mehrere Jahre keine Vaterfigur, später einen Stiefvater, zu dem sie ausnahmslos ein distanziertes Verhältnis entwickelten. Eine Frau hatte nie eine Vaterfigur.

4.1.3. Ablösungskonflikt mit den Eltern als Triebfeder für eine Heirat

3 Personen, 3 Frauen, äußern, eine wichtige Triebfeder für ihre Heirat

sei die dann mögliche Ablösung aus dem Elternhaus gewesen, z. B. Patientin 20:

" Ich wollte schon eher weg (aus dem Elternhaus), habs aber nie richtig geschafft". Sie lebt danach in einer Wohnung im Nebenhaus der Schwiegereltern (von denen sich ihr Ehepartner noch wenig gelöst hat!) und äußert sich nachträglich so über diese "schwierige Zeit": Sie "hatte auch was Positives: die bessere Loslösung von zuhause".

4.2. Chronifizierte Konfliktsituationen der Partnerschaft

Bis zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns hatten 17 Personen (15 Frauen und 2 Männer) einen Lebensgefährten, mit dem sie im gemeinsamen Haushalt zusammenlebten.

14 Personen, 13 Frauen und 1 Mann, schildern während der Gespräche eine Reihe von Situationen vor Krankheitsausbruch, die zum Beginn chronischer Beziehungsprobleme werden bzw. die zu einem Weiterschwelen der chronischen Krise in der Partnerschaft führen.

Folgende Aspekte werden im einzelnen betrachtet:

- Schwangerschaft und Beziehungsbeginn (ca. gleichzeitig)
- Kinder bei chronischem Partnerkonflikt
- Hausbau (evtl. mit Schwangerschaft der befragten Person) bei bereits chronifizierter Beziehungskrise
- Bedeutung materieller Werte in der Partnerbeziehung
- Zeitdauer des chronischen Partnerschaftskonflikts (bis zum Krankheitsbeginn)

4.2.1. Schwangerschaft und Beziehungsbeginn (ca. gleichzeitig)

6 Frauen bekamen im Jahr ihrer Heirat ihr erstes Kind:

- Bei 3 von diesen Frauen bleibt aufgrund ihrer wenigen Äußerungen zu diesem Thema unklar, ob für sie die Schwangerschaft das Hauptmotiv für ihre Eheschließung war.
- 3 Frauen äußerten direkt, daß sie ihren Partner, den sie nur flüchtig

kannten, wegen ihrer Schwangerschaft heirateten:

Patientin 3 wird schwanger, kurz bevor sie eine Ausbildung im Ausland beginnt. Sie will ihr Kind eigentlich zur Adoption freigeben. Ihr Freund, zu dem sie zu dem Zeitpunkt nur einen losen Briefkontakt hat, drängt auf eine Heirat. Sie kehrt daher in die Heimat zurück, heiratet und bringt das Kind zur Welt. Nachträglich äußert die Patientin, sie habe sich auf diese Beziehung nur wegen des Kindes eingelassen, da sie ihren Partner nur flüchtig kannte. (Heirat der Patientin: ca. 10 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn): "Wir hatten natürlich die Sonntagsgesichter auf".

Patientin 14 wurde von ihrer Mutter, die keinen Lebenspartner hatte, als lediges Kind zur Welt gebracht, und sie litt sehr unter diesem "sozialen Makel". Als 20jährige lernt sie (10 Jahre vor Krankheitsbeginn) ihren späteren Ehemann kennen, einen alkoholabhängigen Berufskollegen und wird von ihm schwanger. Sie heiratet nur (?) wegen ihrer Schwangerschaft und begründet ihren Schritt so: "Wir haben geheiratet, weil ich schwanger war Ich wollte unter keinen Umständen ein lediges Kind - weil ich selbst eines bin".

Für Patientin 20 war die Schwangerschaft - neben der schon lange angestrebten Ablösung von zuhause (vgl. oben) ein Hauptmotiv, sich auf eine Ehe mit ihrem Partner einzulassen. Nachträglich beurteilt sie ihren Entschluß so: "Gleich heiraten, das war wohl nicht richtig - wir kannten uns nur wenig. Es gab immer nur meinen Mann".

4.2.2. Kinder bei chronischem Partnerschaftskonflikt

4 der Frauen, für die Beziehungsbeginn und Schwangerschaft ins gleiche Jahr fiel (vgl. oben: Schwangerschaft und Beziehungsbeginn), fühlen sich durch ihr Kind stark an ihre von chronischen Krisen geprägte Partnerschaft gebunden, so z. B. Patientin 14:

Nach 7jähriger Ehe, in der die Patientin ganztags berufstätig war und ihre Tochter in eine Pflegefamilie gegeben hatte, entschließt sie sich, die Tochter zu sich in die Familie zu holen. Sie hat zu diesem Zeitpunkt häufig Trennungstendenzen von ihrem alkoholabhängigen, teilweise gewalttätigen Ehepartner: "Ich verstehe mich gut mit meinem Mann - wenn er nicht trinken würde ...". "Wenn's mit der Scheidung so von heute auf morgen ginge, würde ich es tun". Nach 4 Jahren Ehe hatte sie bereits einen Suizidversuch begangen, weil ihr Mann sie geschlagen hatte. Neben anderen Motiven, die sie hindern, sich von ihrem Mann zu trennen (z. B. ihre Angst, alleine zu leben und ihre Helferhaltung gegenüber ihrem alkoholkranken Mann "Ich kann mich nicht trennen. Mein Mann braucht mich als Stütze".) ist die nunmehr in der Familie lebende Tochter ein wesentlicher Faktor, die schon häufig überlegte Trennung vom Ehemann noch einmal einige Jahre hinauszuschieben (2 Jahre vor Krankheitsbeginn): Die Patientin möchte mit einer Scheidung auf jeden Fall abwarten, bis die Tochter nicht mehr schulpflichtig ist und ihr dadurch eine Abweichung von der sozialen Norm (als Tochter einer geschiedenen Frau) ersparen.

Bis zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs haben 13 (der 17 mit einem Lebensgefährten lebenden) Personen, 12 Frauen und 1 Mann, mindestens 1 Kind. Eine weitere Person (Patientin 4) ist bei Krankheitsausbruch schwanger.

4.2.3. Hausbau (evtl. mit Schwangerschaft der befragten Person) bei bereits chronifizierter Beziehungskrise

3 Frauen leben bereits (unterschiedlich lang) in einer konfliktreichen Partnerbeziehung und zeigen stark ambivalente Tendenzen, ob sie weiter bei ihrem Partner bleiben sollen oder ob sie sich trennen sollen. In dieser Situation festigen sie diese chronische Konfliktsituation durch eine Schwangerschaft und / oder den Bau eines Eigenheims - zumindest äußerlich.

Eine Frau (Patientin 2) baut gemeinsam mit ihrem Mann nach einer 15jährigen, von Krisen geprägten Ehe (vgl. im Anhang) ein Eigenheim:

Die Ehe der Patientin (bei Krankheitsausbruch ist sie seit 23 Jahren mit ihrem Partner verheiratet) ist schon seit Beginn schwierig. Während ihr Partner für sie die "erste große Liebe" ist, und sie sich auf keine anderen Beziehungen neben ihrer Ehe einläßt, hat ihr Ehepartner häufig kurze sexuelle Beziehungen zu anderen Frauen, die die Patientin sehr belasten. Er ist außerdem alkoholabhängig, und in betrunkenem Zustand häufig gewalttätig. Mehrmals kommt sie an den Rand ihrer psychischen Kraft, zweimal erleidet sie einen "Nervenzusammenbruch". Doch sie gibt die Hoffnung nicht auf:

"Er wollt mich kaputt machen ...".

"Ich hab' gedacht, ich kann den schon richten".

Die Patientin wehrt ihre Tendenzen einer Trennung von ihrem Mann immer wieder ab, da er stets "reumütig" zu ihr zurückkehrt. Aus ihrer Sicht entspannt sich die schwierige Situation etwas, als ihr Mann chronisch krank wird und ab dieser Zeit keine sexuellen Beziehungen zu anderen Frauen mehr eingeht (ca. 8 Jahre vor Krankheitsausbruch). Die Alkoholproblematik bleibt weiterhin erhalten.

Etwa zur gleichen Zeit versucht die Patientin, ihren Mann durch äußere Zwänge noch stärker auf die Beziehung zu ihr festzulegen. Sie beginnt mit dem Bau eines Eigenheims auf dem Grundstück ihrer Mutter und legt notariell fest, daß das Haus bei einer "schuldhaften Scheidung" ihres Mannes ihr allein zufallen würde. Auch ihre eigenen Trennungswünsche werden durch diesen Hausbau abgeschwächt, aber nicht aufgehoben (ca. 8 Jahre vor Krankheitsbeginn):

"15 Jahre hab' ich um den Mann gekämpft, gestritten. Dann hab' ich mir gedacht: Entweder ich geh' oder ich nagel dich so fest, daß du mir nicht mehr auskommst ...". "Wenn das nicht mein Daheim wär, wär ich schon längst auf und davon ...".

2 Frauen (Pat. 4 und Pat. 15) beziehen oder bauen ein Eigenheim in dieser Situation und werden etwa zur gleichen Zeit schwanger, was an dieser Stelle anhand der Lebensgeschichte von Patientin 15 erläutert werden soll:

2 Jahre, nachdem sie ihren Verlobten durch einen Unfall verloren hatte, lernt sie in einem Wirtshaus zufällig ihren späteren Ehemann kennen, den sie ein Jahr später in einer Art "Torschlußpanik" vor dem unverheirateten Altwerden und auf sein Drängen hin heiratet. Die Patientin charakterisiert ihn als einen "strebsamen Mann", der zwar nicht ihre "heiße Liebe" sei, aber auch "net unrecht" - er rauche und trinke nicht. Am Hochzeitsabend wird ihr bewußt, daß sie einen Mann geheiratet hat, mit dem sie zwar "eine Existenz aufbauen" kann, den sie aber nicht liebt (6Jahre vor Krankheitsbeginn):

"Da hab' ich mich eingesperrt und gedacht: Was hab' ich bloß gemacht? Ich hab' mich einfaseln lassen ...".

Sie zieht zu ihren Schwiegereltern in eine abgelegene Einöde am Waldrand. Ihr Mann arbeitet in dieser Zeit häufig auswärts und kommt nur am Wochenende heim. Die meiste Zeit ist sie mit ihren Schwiegereltern allein - die Beziehung zur Schwiegermutter ist belastet von deren Eifersucht und Ablehnung. Ihr Ehemann ist vordergründig freundlich, zugleich äußerst kompromißlos in Dingen, die ihm wichtig sind. Er setzt sich in den meisten Bereichen gegen die Wünsche der Patientin durch. Insgeheim fühlt sie sich in dieser Lebenssituation äußerst unwohl:

"Ich wär' am liebsten abgehauen".

Im ersten Jahr ihrer Ehe wird die Patientin schwanger; ihr Sohn kommt zur Welt, als sie 25 Jahre alt ist (4 Jahre vor Krankheitsbeginn). Es ist einene "schwere Geburt", und die Patientin will auf keinen Fall ein weiteres Kind. Anstelle körperlicher Schonung nach dieser Schwangerschaft gewinnt sie zusammen mit ihrem Partner und den Schwiegereltern, ein Eigenheim zu bauen. Sie verrichtet in dieser Zeit schwere körperliche Arbeiten, wie Steine schleppen etc. (vgl. Lebenssituation bei Krankheitsausbruch: Sie hilft mit, am Haus ein zusätzliches Stockwerk zu bauen).

4.2.4. Bedeutung materieller Werte in der Partnerbeziehung

2 Personen, 1 Frau und 1 Mann, sehen in der Schaffung materieller Werte (wie Patientin 15 mit dem Bau eines Eigenheims - vgl. oben) oder im Versuch, solche materiellen Werte zu erreichen, einen zentralen Punkt ihrer Beziehung, wie Patient 8:

Von früher Jugend an verrichtet er harte körperliche Arbeit. Als Kind von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten (als 14jähriger) kann er in der Bundesrepublik Deutschland nur schwer Fuß fassen. Anstelle seines erlernten Berufes als Schuhmacher findet er nur schlecht bezahlte körperliche Schwerarbeit u. a. im Steinbruch, im Eternitwerk, in der

Glasbläserei, im Tiefbau u. a.. Mit 25 Jahren - 20 Jahre vor Krankheitsausbruch - heiratet er; die Persönlichkeit seiner Frau und die Beziehung zu ihr bleiben in seiner Schilderung unkonturiert.

Seine Frau bringt 7 Kinder zur Welt. Die Ehe ist geprägt von materieller Not und Verzicht.

Trotz der angespannten finanziellen Situation (die chronisch ist) bleibt der Patient weiterhin beseelt von dem Wunsch, materielle Werte zu schaffen - einem Ziel, dem er sein ganzes Leben lang nachjagt, ohne es annähernd zu erreichen. In diesem Spannungszustand wird er schon Jahre vor Beginn der SLE-Symptomatik alkoholkrank.

4.2.5. Zeitdauer des chronischen Partnerkonflikts - (bis zum Krankheitsbeginn)

Bei Krankheitsausbruch leben 14 Personen (13 Frauen und 1 Mann), also über die Hälfte des Kollektivs, in einer Partnerbeziehung, die von andauernden Konflikten geprägt ist. (9 Personen, 8 Frauen und 1 Mann haben zugleich chronische Konflikte mit den Eltern). Die Zeitdauer der Beziehung ist unterschiedlich lang; in diesem Zustand leben

- 2 Frauen und 1 Mann weniger als 1 Jahr
- 4 Frauen bis zu 5 Jahre
- 5 Frauen bis zu 10 Jahre
- 2 Frauen jeweils über 20 Jahre (Patientin 2: 23 Jahre; Patientin 21: 22 Jahre)

Abschließend soll am Beispiel der Lebensgeschichte von Patientin 22 eine solche von andauernden Krisen und Konflikten geprägte Partnerbeziehung verdeutlicht werden:

Patientin 22

Die Patientin hat eine sehr distanzierte Beziehung zu ihrem bevormundenden, schwer kranken Vater. Der Kontakt zur Mutter ist einerseits von emotionaler Nähe, andererseits von Bevormundung geprägt (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. über den Vater).

Nach Abschluß der Volksschule hat die Patientin den Berufswunsch einer Serviererin im Gaststättengewerbe. Der Vater gibt der minderjährigen Tochter jedoch nicht das Einverständnis für diese Ausbildung. Die Patientin arbeitet daher als Haushaltshilfe und als Aushilfskraft in einer Fabrik.

Als die Patientin 18 Jahre alt ist (und zwar zur damaligen Zeit noch minderjährig) lernt sie ihren ersten Partner kennen und wird von ihm schwanger. Ihr Vater verweigert ihr die notwendige Einwilligung zur Heirat. Die Patientin bringt ihr Kind mit 19 Jahren zur Welt (12 Jahre vor Krankheitsbeginn).

In der Schilderung der Patientin bleibt die Persönlichkeit des Freundes und ihre Beziehung zu ihm konturlos und unklar. Bald nach der Geburt der Tochter trennen sich beide Partner.

Nach Ende ihrer Mutterschutzzeit (ca. 11 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn) verläßt die Partnerin ihren Heimatort, um in der Nähe einer Großstadt im Nachbarland nun doch - gegen den Willen ihres Vaters - als Serviererin zu arbeiten. Ihr Kind bleibt in der Heimat zurück, und wird von ihrer Mutter aufgezogen (s. a. unten).

" Gleich nach der Geburt hab' ich wieder gearbeitet. Ich hab's zuhause nicht ausgehalten ...".

Mit 25 Jahren (6 Jahre vor Krankheitsbeginn) lernt die Patientin ihren späteren Ehemann kennen. Sie arbeitet zu dieser Zeit mit ihm zusammen in der Gastwirtschaft seiner Eltern. Sie wird bald darauf schwanger und heiratet ihn. Die Schwangerschaft endet mit einer Fehlgeburt.

In dieser Situation will sie ihre kleine Tochter zu sich in die Familie holen. Aber die Mutter widersetzt sich mit starkem Druck dem Anliegen der Patientin. (ca. 5 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn)

" Aber meine Mutter wollte das Kind nicht hergeben. -

Das Kind war ihre einzige Stütze".

Der starke Kinderwunsch, der eng mit dem weiblichen Rollenverständnis der Patientin verbunden ist und der ihr vermeintliches Stigma durch ihr uneheliches Kind auslöschen soll, bleibt unerfüllt: 3 Jahre nach der ersten Fehlgeburt (3 Jahre vor Krankheitsbeginn) hat die Patientin eine Eileiterschwangerschaft mit lebensbedrohlichen Komplikationen, die eine Entfernung ihrer Gebärmutter notwendig machen. Wochenlange Krankenhausaufenthalte folgen. Das Selbstwertgefühl der Patientin ist nach diesem Eingriff tief getroffen; ihr gesundheitlicher Allgemeinzustand bleibt von da an labil.

Nachträglich urteilt die Patientin so über ihren Kinderwunsch:

" Ich wollte ein Kind erzwingen Ich möchte heute noch ein Kind".

Die Ehe der Patientin ist schwierig. Beide Partner haben außer ihrer Arbeit wenig gemeinsame Interessen. Die Kinderlosigkeit der Ehe bei beidseitigem Kinderwunsch belastet die Beziehung. Trotz ihres gesundheitlich angeschlagenen Zustandes arbeitet die Patientin hart, hat wenig Zeit für Erholung. Zugleich bezieht sie einen großen Teil ihres Selbstwertgefühls aus dem Tätig-Sein:

" Sechs Tage hab' ich gearbeitet wie ein Viech - von sieben Uhr in der Früh bis elf Uhr nachts

Ich fühl' mich nutzlos, wenn ich nichts tu' ...".

Mit der Schwiegermutter, mit der sie in einem Haushalt lebt, hat die Patientin immer wieder Auseinandersetzungen, bei denen sie unterliegt. Die Schwiegermutter ist (im Gegensatz zur Patientin) kerngesund und zugleich die tonangebende Seniorchefin. Der Ehepartner der Patientin hat sich von seiner Mutter noch wenig gelöst und geht Konflikten mit ihr aus dem Weg. Die Patientin findet bei ihm nicht die erwartete Unterstützung gegen die Schwiegermutter:

" Mein Innerstes sträubt sich - und ich redete mir ein: Die Frau ist gut zu mirDie Schwiegermutter ist herzensgut, die wohnt bei mir in der Wohnung Vielleicht wäre es besser gewesen mit dem Mann allein? ...".

" Mein Mann ist ein Muttersöhnchen Mein Mann sagt: Sei froh, daß Du die Schwiegermutter hast ...".

Die Patientin, die von Jugend an gewohnt war, hart zu arbeiten, kann ihren kränklichen Allgemeinzustand nur schwer ertragen. Neben dem Kontrast zur stets gesunden Schwiegermutter belastet sie auch die Meinung ihrer Umgebung, in der sie als Fremde ohnehin einen schweren Stand hat:

" Die Schwiegermutter führt das Regiment, war nie krank Ich hatte häufig Ohnmachtsanfälle (!), hatte einen niedrigen Blutdruck, ... war laufend krank ...".

" Auf dem Dorf sagten sie: Die Alte arbeitet, die Junge liegt im Bett Die Zugereiste hat sich ins warme Nest gesetzt, haben die gesagt ...".

In Konflikten mit der Schwiegermutter hat die Patientin Angst, ihren Ärger zu zeigen, frißt ihn statt dessen in sich hinein:

" Bellende Hunde beißen nicht Ich bin explosiv, aber ich kann die Wut nicht rauslassen Mit der Schwiegermutter muß ich weiterhin stad sein - ich hab' ja keine Verwandten hier draußen ...".

Der Wunsch der Patientin nach einer Flucht aus dieser schwierigen Gesamtsituation wird immer stärker:

Nach Konflikten mit der Schwiegermutter setzt sie sich in ihr Auto und fährt ziellos umher, um sich abzureagieren:

" Ich denke immer: sei stad, halt' den Mund, schluck - und gehe dann, fahre mit dem Auto fort".

An ihren freien Wochenenden besucht sie ihre Mutter und ihre Tochter im Nachbarland. Der Abschied fällt ihr jedes Mal schwer:

" Manchmal hat's mir das Herz ausgerissen ...".

Sie spricht mit ihrem Mann über ihre Gedanken an eine Trennung und begründet dies mit ihrer Kinderlosigkeit:

" Ich wollte im Guten weg. Ich sagte: Ich krieg' ja keine Kinder, ich will nach Z.". (Zu ihrem Kind und ihrer Mutter)

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. 1 Jahr vor Beginn der ersten Krankheitssymptome, nach 5jähriger Ehe, unternimmt die Patientin einen Suizidversuch. Sie ist damals 30 Jahre alt.

" Damals hab' ich den Moralischen gehabt, hab' geweint nach der Tochter und hab' 20 Tabletten Staurodorm genommen. Ich wollte sterben Es war ein furchtbares Erwachen Der Mann war hinterher böse zu mir ...".

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich ein Jahr später. Die Patientin ist jetzt 31 Jahre alt.

Hinweis:

Über den Zusammenhang von seelischem Befinden und Krankheit äußert sich die Patientin so:

" Wenn's mir seelisch gut ging, hab' ich einen Dämpfer mit hohem Fieber oder der Klinik bekommen Durch die Krankheit bin ich seelisch ausgeglichener geworden. Ich verstehe mich mit der ganzen Verwandtschaft gut ...".

5. Aktuelle Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem tatsächlichen, drohenden oder phantasierten Verlusterlebnis

In Gesprächen mit 16 Personen (13 Frauen und 3 Männer), also bei zwei Drittel unseres Kollektivs, wurde deutlich, daß es in ihrem Leben in den letzten zwei Jahren vor Krankheitsbeginn mindestens in einem Lebensbereich bedeutsame Konfliktsituationen gegeben hatte.

Wie die folgenden Abschnitte zeigen werden, waren diese Konfliktsituationen im Zusammenhang mit tatsächlichen, drohenden oder (von der befragten Person) phantasierten Verlusterlebnissen aufgetreten.

Bei 8 Personen (7 Frauen und 1 Mann), also einem Drittel unseres Kollektivs konnten die Lebensumstände der letzten beiden Jahre vor Krankheitsbeginn aufgrund ihrer wenigen Angaben zu diesem Zeitraum nicht genau genug rekonstruiert werden, um solche Aussagen treffen zu können. Einige unter diesen Personen äußerten sich auch bei anderen Gesprächsthemen nur sehr wenig und undifferenziert (vgl. im Kapitel über die Eltern).

Bei einer Zusammenstellung der Aussagen der oben genannten 16 Personen werden unterschiedliche Arten von Konfliktsituationen deutlich, die unter folgenden Aspekten im einzelnen betrachtet werden:

- Konfliktsituationen im Zusammenhang mit der Beziehung zu einer nahestehenden Person
- Konfliktsituation im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit
- Konfliktsituation im Zusammenhang mit einem Ortswechsel

5.1. Konfliktsituation im Zusammenhang mit der Beziehung zu einer nahestehenden Person

7 Frauen erleben Konfliktsituationen im Zusammenhang mit der Beziehung zu einer nahestehenden Person.

5.1.1. Tod einer nahestehenden Person

3 Frauen schildern Konfliktsituationen im Zusammenhang mit dem Tod einer nahestehenden Person - z. B. Patientin 4 im Zusammenhang mit dem Tod ihrer Mutter, von der sie sich auch als Erwachsene innerlich nicht gelöst hatte (vgl. auch Kapitel über die Mutter):

Das Verhältnis der Patientin zu ihrer Mutter war schon seit ihrer Kindheit von ambivalenten Tendenzen geprägt: Ihre Mutter war ihr mit liebevoller Fürsorge, andererseits mit bevormundenden und kontrollierenden Verhaltenweisen begegnet. Als 24jährige verläßt die Patientin ihr Heimatland, um im Ausland zu arbeiten - und um sich von ihrer Mutter ein Stück zu lösen:

" Meine Mutti hat mich abnormal geliebt".

" Meine Mutti hat sich so an mich gehängt. Das war vielleicht auch der Grund, warum ich von X. (der Heimat) wegging".

2 Jahre später läßt sie sich im Ausland - zögernd - auf eine Ehe ein, die schwierig ist (9 Jahre vor Krankheitsbeginn). Neben kulturellen Unterschieden, die das gegenseitige Verstehen erschweren, steht auch die stark ablehnende Haltung der Verwandten des Ehemannes, die seine Ehe mit einer Ausländerin nicht billigen. Über Jahre hinweg schwankt die Patientin, ob sie bei ihrem Mann bleiben soll oder zurück zu ihren Eltern in die Heimat gehen soll.

Nach 7jähriger Ehe (ca. 1 1/1 Jahre vor Krankheitsbeginn) kaufen die Eheleute ein Haus, bei dessen Bezug die Verständigungsprobleme der Partner (über Schwerpunkte beim Einrichten des Hauses bzw. der Gartenanlage) erneut klar hervortreten.

Etwa zur gleichen Zeit erfährt die Patientin, daß ihre Mutter unheilbar an Krebs erkrankt ist. Sie holt sie, schwerkrank, zusammen mit ihrem Vater nach Deutschland in ihr Haus - die Mutter soll in ihrer Nähe sein und bei ihr zuhause sterben. Die Mutter stirbt ca. 1 Jahr vor Krankheitsausbruch bei der Patientin, der Vater geht in die Heimat zurück.

4 1/2 Monate vor Krankheitsbeginn wird die Patientin schwanger. Über ihren Kinderwunsch (bei dem sie aufgrund ihrer Eheprobleme bisher ambivalente Tendenzen verspürt hatte) äußert sie sich so:

" Wir (ihr Mann und sie) waren bereits lange verheiratet und wollten unbedingt ein Kind ...".

" Meine Mutti wollte unbedingt ein Enkelkind von mir Ich weinte, weil die Mutti das Enkelkind nicht mehr sehen konnte".

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich im 5. Schwangerschaftsmonat. Die Patientin ist jetzt 35 Jahre alt.
(Gegen Ende der Schwangerschaft erlebt sie schwere depressive Zustände, die medikamentös behandelt werden. Über ihre damalig seelische Grundstimmung äußert sie sich nachträglich so: "Ich dachte damals: Alles ist so schwer, wir können nichts mehr schaffen").

- Patientin 24 verliert bei einem Autounfall ihre Schwester. Sie hat (vermutlich) starke Schuldgefühle, am Tod der Schwester mitbeteiligt zu sein (siehe im Anhang).
- Patientin 17 verliert ihr Kind, eine Frühgeburt, gleich nach der Geburt und fühlt sich für diesen Tod z. T. mitverantwortlich (siehe im Anhang).

5.1.2. Drohender Verlust einer nahestehenden Person - (bei Krankheit)

Patientin 1 schildert eine Konfliktsituation im Zusammenhang mit dem drohenden Verlust einer nahestehenden Person durch schwere Krankheit: Die Patientin (bei Krankheitsausbruch erst 14 Jahre alt) hat Angst vor einem möglichen Tod ihrer Mutter, zu der sie schon seit ihrer Kindheit eine stark von ambivalenten Tendenzen geprägte Beziehung hatte:

Die Patientin - Lieblingskind ihres verstorbenen Vaters (Sie ist bei seinem Tod 10 Jahre alt) - hatte sich erst nach seinem Tod mit ihrer Mutter arrangiert, die schon seit jeher ihren kleinen Bruder vorgezogen hatte. Dieser Bruder wird als 12jähriger "aufmüpfig", läßt mit der Schulleistung nach und streitet häufig mit seiner Schwester. Die Mutter schickt ihn daraufhin ins Internat. Die "brave", leistungsorientierte Patientin lebt von nun an (im Jahr des Krankheitsbeginns) allein mit ihrer Mutter. Sie beurteilt die Situation so:
"Früher bin ich sehr am Vater gehängt, der Bruder an der Mutter ...".
"Ich lehne mich jetzt nicht mehr so gegen die Mutter auf, der Bruder schon".

Ca. 2 Wochen vor Krankheitsausbruch der Patientin wird ihre Mutter wegen akut aufgetretener Unterleibsbeschwerden und starker Blutungen in ein Krankenhaus eingeliefert. (Erst einige Zeit später stellen sich diese Symptome als harmlos heraus). Die Patientin hat Angst, nach dem Vater nun auch die Mutter zu verlieren, wobei die Beziehung zu ihr weiterhin von ambivalenten Tendenzen (dem Wunsch nach Nähe zur distanzier-

ten Mutter und der Enttäuschung über sie) geprägt ist. Zwei Wochen später beginnen die ersten Krankheitssymptome bei der Patientin. Nachträglich äußert sie:

" Ich hab' die Mutter jeden Tag besucht. Ich hatte Angst, der Mutter geschieht etwas ...".

5.1.3. Bedeutsame Konflikte der Befragten mit einer nahestehenden Person

3 Frauen erleben in den letzten beiden Jahren vor Krankheitsausbruch Konfliktsituationen mit einer nahestehenden Person: ihrem Ehepartner. Alle 3 Frauen leben seit Jahren in einer Partnerbeziehung, die von stark ambivalenten Tendenzen geprägt ist - wie z. B. Patientin 21:

Die Patientin lebt zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs seit 22 Jahren mit ihrem (zuletzt schwer herzkranken) Ehemann. Der Kontakt ist geprägt von liebevoller Fürsorge, aber auch von stark anklammernd - einengenden Tendenzen des Ehemannes. Der Kontakt zur Außenwelt reduziert sich auf Wunsch des Mannes immer stärker, Konflikte werden immer seltener ausgetragen:

" Ich suche keinen Streit, ich gehe dann lieber. Bei Streit hab' ich mich früher körperlich abregiert ...".

Als die Patientin 21 Jahre alt ist, ein Jahr nach der Eheschließung, wird die Tochter geboren. Die Beziehung der Patientin zu diesem Kind ist geprägt von ihrer Traumvorstellung einer "heilen Familie" und latenten Rivalitätsgefühlen um die Gunst ihres Ehemannes:

" Es war ein Kind der Liebe Wir sind immer mit dem Kind weg. Das war eine heile Familie".

" Meine Tochter war Einzelkind. Mein Mann war ihr Herrgott, er war Wachs in ihren Händen".

Im Jahr des Krankheitsausbruchs erlebt die Patientin eine tiefgreifende Krise ihrer Vorstellung von der "heilen Familie". Die inzwischen 21jährige Tochter rebelliert zum ersten Mal offen gegen die Mutter. Sie will die Ausbildung, die sie unter dem Einfluß der Mutter angefangen hatte, abbrechen und verbündet sich mit ihrem Vater gegen ihre Mutter. Bei der Patientin mischen sich Wut gegen die Tochter und den Ehemann mit Schuldgefühlen (v. a. gegenüber ihrem herzkranken Mann). Sie beurteilt diese Lebenssituation, die sie als "Entwicklungsschwierigkeiten" ihrer Tochter bezeichnet, nachträglich so:

" Ein Jahr war es mit der Tochter sehr schwierig. Das war auch der Rückschlag mit der Krankheit. Ich selbst sehe es als seelisch - es waren furchtbar harte Auseinandersetzungen ...". Die ersten Krankheitssymptome treten im gleichen Jahr auf - die Patientin ist 42 Jahre alt).

5.2. Konfliktsituationen im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit

7 Personen, 6 Frauen und 1 Mann, erleben in den letzten beiden Jahren vor Krankheitsbeginn Konfliktsituationen im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit.

Auf die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für Selbstwertgefühl und Unabhängigkeit von Personen unseres Kollektivs wurde bereits in einem früheren Kapitel eingegangen, (siehe dort).

Folgende Konfliktsituationen werden im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit dargestellt:

- Verlust bzw. Aufgabe eines (für den Befragten bedeutsamen) Arbeitsplatzes (= Arbeitslosigkeit)
- Wechsel eines (für den Befragten bedeutsamen) Arbeitsplatzes
- Belastende Konfliktsituationen am Arbeits- / Ausbildungsplatz mit drohendem oder phantasiertem Verlust dieses Arbeits- / Ausbildungsplatzes

5.2.1. Verlust bzw. Aufgabe eines für die Patientin / den Patienten bedeutsamen Arbeitsplatzes (= Arbeitslosigkeit)

2 Frauen verlieren aus unterschiedlichen Gründen während der letzten beiden Jahre vor Krankheitsbeginn ihren (für sie bedeutsamen) Arbeitsplatz:

Patientin 20 heiratet und zieht mit ihrem Ehemann in eine abgelegene Gegend, an der sie ihren Beruf nicht ausüben kann (vgl. im Anhang).

Patientin 11 verliert ihren Arbeitsplatz als Kinderpflegerin durch einen Konkurs ihres Arbeitgebers:

Die Patientin wird 1 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn arbeitslos, und sie sucht fieberhaft nach einem neuen Arbeitsplatz. In ihrem Wunschberuf als Kinderpflegerin tätig zu sein hatte für sie schon seit ihrer Jugend Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit, aber auch Ablenkung von depressiven Stimmungen bedeutet:

" Ich bin ein Mensch, der schaut, daß es vorwärts geht. Aktiv
Dann hab' ich keine Zeit zum Grübeln".

Ein 3/4 Jahr vor Krankheitsbeginn entschließen die Patientin und ihr langjähriger Freund sich zur Heirat. Der Ehemann gibt seinen Beruf als Fernfahrer auf, zugunsten eines "geregelten" Achtstunden-Tages, um täglich bei der Patientin und ihrem Kind sein zu können. Er verlangt aber gleichzeitig von ihr, ihre Arbeitssuche endgültig aufzugeben und weiterhin nur Hausfrau und Mutter zu sein.
Die ersten Beschwerden beginnen ein 3/4 Jahr nach der Eheschließung. Die Patientin ist jetzt 28 Jahre alt.

5.2.2. Wechsel eines für den Befragten bedeutsamen Arbeitsplatzes

3 Personen, 2 Frauen und 1 Mann, wechseln in den letzten beiden Jahren vor Krankheitsbeginn von ihrem alten, vertrauten Arbeitsplatz in eine neue Tätigkeit, der sie mit stark ambivalenten Gefühlen gegenüberstehen:

- Patientin 3 erlebt einen beruflichen Aufstieg in eine Tätigkeit mit vermehrter Verantwortung und Entscheidungsdruck, der sie sich nicht gewachsen fühlt. (Sie hatte diese ganztägige Berufstätigkeit außerdem gegen den erklärten Widerstand ihres Mannes durchgesetzt, vgl. im Anhang)
- Patient 13 tauscht sein Angestelltenverhältnis gegen eine freiberufliche Tätigkeit ein, der er mit zwiespältigen Gefühlen gegenüber steht. (Er hatte hierin evtl. dem Druck seiner Lebensgefährtin nachgegeben, vgl. im Anhang)
- Patientin 18 wechselt ca. 1 Jahr vor Krankheitsbeginn von ihrer Tätigkeit in einer Nachrichtenagentur, die sie sehr befriedigt, wegen eines Umzugs dieses Unternehmens, in eine Bank.
Fast 9 Jahre übt sie die Tätigkeit in der Agentur aus. Sie beurteilt die Arbeit dort als abwechslungsreich und verantwortungsvoll. Sie fühlt sich wohl an diesem Arbeitsplatz und empfindet seine lebendige Atmosphäre als Ausgleich zu ihrer eigenen stillen Art, die sie folgendermaßen charakterisiert:

" Ich finde schwer Anschluß Ich bin nicht sehr gesprächig ...".

Nach dem Verlust dieses Arbeitsplatzes durch den Umzug der Agentur

findet sie eine neue Anstellung in einer Bank. Dort ist ihre Entscheidungsbefugnis gering, die menschlichen Kontakte zu Mitarbeitern erlebt sie als sehr förmlich:

" In der Redaktion war Betrieb und Hektik, da war man nicht immer so höflich, da hat auch mal einer geflucht. In der Bank war ich unglücklich vom ersten Tag an In der Nachrichtenagentur war ich Buchhalterin, in der Bank bin ich 'ne Nummer ...".

Die ersten Beschwerden treten im Jahr des Arbeitsplatzwechsels auf.

Die Patientin ist jetzt 29 Jahre alt.

5.2.3. Belastende Konfliktsituationen am Arbeits- / Ausbildungsplatz mit drohendem bzw. phantasiertem Verlust dieses Ausbildungs-/Arbeitsortes

2 Frauen und 1 Mann erleben an ihrem Arbeitsplatz (Patientin 2) bzw. Ausbildungsplatz (Patientin 19 und Patient 9) Konfliktsituationen, die sie sehr belasten und denen sie nicht ausweichen können - wegen eines drohenden oder phantasierten Verlustes ihres Arbeits- bzw. Lernortes.

Patientin 19 z. B. erlebt den Konflikt mit einer Ausbilderin als sehr belastend, da sie sich hart und ungerecht behandelt fühlt (vgl. im Anhang); (Patient 9: vgl. im Anhang).

Patientin 2 erlebt stark ambivalente Gefühle im Konflikt mit einem Vorarbeiter, bei dem sie die Kontrolle über ihre Handlungen verliert, starke Schuldgefühle entwickelt und zugleich (als langjährige, geschätzte Mitarbeiterin) wohl unrealistische Angst vor einer Entlassung hat (die vor ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund allerdings verständlich wird). In ihren Aussagen verdeutlicht sie ihre stark ambivalenten Tendenzen von "Flüchten und Standhalten" in dieser Konfliktsituation:

Mit 17 Jahren macht die Patientin eine sehr belastende Erfahrung an ihrem damaligen Arbeitsplatz. Obwohl unbeteiligt, wird sie mit einer Gruppe von Arbeitern vom Arbeitgeber wegen Störung des Betriebsfriedens entlassen. Sie sieht durch diesen Hinauswurf ihr Selbstwertgefühl

und ihre Existenzgrundlage gefährdet. Auch ihre spätere Rehabilitation durch einen Prozeß vor dem Arbeitsgericht, bei dem sie eine Lohnfortzahlung erkämpft, entlastet sie nur wenig.

Bei Krankheitsausbruch ist die Patientin bereits seit 20 Jahren in der gleichen Fabrik tätig. Den Arbeitsort bezeichnet sie als "zweite Heimat". Ohne Ausbildung hatte sie sich durch langjährige Erfahrung in eine Position hochgearbeitet, die außer ihr nur von Männern mit entsprechender Ausbildung besetzt ist. Sie gehört außerdem 12 Jahre lang - ebenfalls als einzige Frau - dem Betriebsrat an und gilt im Bereich als geschätzte Arbeiterin und Kollegin.

Im Jahr vor Krankheitsausbruch ist die Patientin erschöpft und "einfach restlos fertig" (vgl. auch Ehesituation, s. Anhang). Sie arbeitet in ihrer bisherigen Position weiter, kandidiert jedoch nicht mehr als Betriebsrätin:

"Aber ich hätt' wegmüssen von der Arbeit. Ein Jahr hab' ich so dahingewurstelt. Dann kam der Streit in der Arbeit, dann der Urlaub und dann bin ich völlig zusammengeklappt".

Ein handgreiflicher Streit mit ihrem Vorarbeiter, der ca. 3 Monate vor Beschwerdebeginn stattfindet, berührt sie auch Monate später noch sehr stark:

"Du blödes Vieh, plärrte er mich an. Schließlich hab' ich ihm einen Karton draufgehauen Es hat mir seelisch so weh getan, daß ich einen fremden Mann draufhaute. Ich hab' mich so geniert, alle haben es gesehen (weint). Das war die größte Erniedrigung, die mir je passieren konnte Das ist eine Explosion gewesen. Wenn ich was anderes gehabt hätte ...".

"Ich hab' ihm den Karton mit Tabak drüber; das klebte auf seinem schweißigen Gesicht. Ich konnte es nicht zurücknehmen, ich konnte von dem Streit nicht weg. Ich konnte ja den Arbeitsplatz nicht verlassen, die hätten mich ja rausgeschmissen".

"Das Schlimmste war, daß ich nicht wegkonnte, nicht weglaufen konnte ... , das Schlimmste an dem Streit war die Enge, ich konnte nicht aus". (weint)

"Ich weinte soviel und dachte, ich kann es rausweinen, aber es ging nicht. So was darf mir nicht mehr passieren, das geht über meine Stärke".

Die ersten Krankheitssymptome treten ca. 3 Monate nach diesem Konflikt während ihres Jahresurlaubs auf. Die Patientin ist jetzt 42 Jahre alt.

5. 3. Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem Ortswechsel

6 Personen, 4 Frauen und 2 Männer, wechseln in den letzten beiden Jahren vor Krankheitsausbruch ihre Umgebung, wobei sowohl die Beziehung zur alten als auch zur neuen Lebenssituation von ambivalenten Gefühlen geprägt ist.

Die unterschiedlichen Gründe für diesen Ortswechsel werden im folgenden näher untersucht. Es handelt sich um:

- ein Zusammenziehen mit dem Lebenspartner
- einen Wegzug aus dem Elternhaus wegen einer Ausbildung
- häufige Ortswechsel durch Reisen in weit entfernte Gebiete

5.3.1. Zusammenziehen mit dem Lebenspartner

3 Personen, 2 Frauen und ein Mann, wechseln ihre Wohnung, um mit ihrem Lebenspartner zusammenzuziehen.

Die beiden Frauen wohnten zuvor noch in ihrem Elternhaus (von dem sie eine Ablösung auch nach dem Umzug nicht vollziehen - vgl. im Anhang) und fühlen sich an ihrem neuen Wohnort nicht wohl, z. B. Patientin 20:

Patientin 20, die wegen ihrer Schwangerschaft heiratet, gibt ihren Beruf (der für sie wichtige Kontaktmöglichkeiten bietet) auf und zieht aus der Großfamilie ihres Elternhauses gemeinsam mit ihrem Mann in ein entlegenes Dorf mit schlechten Verkehrsverbindungen. Durch diesen Umzug möchte sie u. a. die "bessere Loslösung von zuhause" (Zitat), v. a. von ihrer Mutter, erreichen. Am neuen Wohnort lebt sie im Nebenhaus der Schwiegereltern, die ihr mit Ablehnung begegnen, und von deren Einfluß ihr Ehemann sich bisher nur wenig gelöst hat.

Die Beziehung zum Ehemann ist schwierig, bei Auseinandersetzungen mit der Schwiegermutter erhält sie von ihm nicht die erwartete Unterstützung. Die Patientin fühlt sich ohne die vertraute Großfamilie und ohne die Kontaktmöglichkeiten durch ihren Beruf in dem abgelegenen Dorf sehr einsam. Sie entwickelt eine sehr enge Beziehung zu ihrer kleinen Tochter. So oft sie es ermöglichen kann, besucht sie ihre Eltern und Geschwister.

Einen ersten Krankheitsschub hat die Patientin nach dem Umzug zu ihren Schwiegereltern, wenige Wochen nach der Geburt des Kindes. Sie ist jetzt 21 Jahre alt:

" Im November war der Umzug, und zu der Zeit hat die Krankheit begonnen. Ich hab' der Wohnung die Schuld gegeben, weil's so kalt war. Das war im Nebenhaus von den Schwiegereltern ...".

5.3.2. Wegzug aus dem Elternhaus wegen einer Ausbildung

2 Frauen, Patientin 5 und Patientin 19, wechseln während der beiden letzten Jahre vor Krankheitsbeginn ihren Wohnort (ihr Elternhaus) wegen ihrer Ausbildung. Sie entwickelt ambivalente Tendenzen, sowohl zur alten als auch zur neuen Wohnsituation, wie die folgende Schilderung am Beispiel von Patientin 5 verdeutlichen soll:

Patientin 5, eine sehr auf ihre Ursprungsfamilie bezogene, wenig kontaktfreudige Frau, wohnt während des ersten Semester ihres Studiums noch, gemeinsam mit mehreren Geschwistern zuhause bei ihren Eltern. Beide Elternteile sind körperlich stark behindert: Der Vater ist stark sehbehindert, die Mutter seit Jahren schwer rheumakrank. Sie fühlt sich mit der unverheirateten älteren Schwester verantwortlich.

Aus der vertrauten Umgebung zieht die Patientin um, als sie die letzten 3 Jahre ihrer Ausbildung in einer 70 km entfernten Großstadt fortsetzen muß. Sie sucht sich ein Zimmer zur Untermiete, das jedoch nicht in dieser Stadt liegt, sondern an der Zugstrecke zwischen Elternhaus und Ausbildungsort (und zwar näher am Heimort als an der Großstadt). Sie nimmt täglich 3 bis 4 Stunden Fahrtzeit in Kauf. Über dieses Zimmer urteilt sie später:

Das "war nur eine Absteige ...".

Bisher hatte sie in der überschaubaren Struktur ihres Heimortes gelebt, integriert in Ursprungsfamilie und Pfarrgemeinde. Die Anonymität und Hektik der Großstadt, neue Erfahrungen und Begegnungen mit Menschen machen ihr Angst:

"Ich bin ein planender Mensch Ich habe Unbehagen in neuen Situationen Ich schaffe die Übersicht dann nicht".

Durch das häufige Pendeln zwischen Ausbildungsstätte, Zimmer und Wohnort der Eltern findet sie wenig Ruhe. An Kontakten zu den Studienkollegen ihrer Ausbildungsgruppe zeigt sie nur geringes Interesse, sie zieht sich eher zurück. Die Möglichkeit näherer Begegnungen löst bei ihr die Angst aus, vereinnahmt zu werden:

"Ich möchte nicht, daß das (der Kontakt zu den Kollegen) übermäßig ausartet, daß ich keine Privatsphäre mehr habe".

Die ersten Krankheitssymptome treten bei der Patientin auf, als sie nach einem längeren Urlaub ihre Ausbildung in der Großstadt fortsetzt. Sie ist jetzt 27 Jahre alt.

5.3.3. Häufige Ortswechsel durch Reisen in weit entfernte Gebiete

Ein Mann des Kollektivs (Patient 23) hat seinen ersten und zweiten Krankheitsschub während seiner Urlaubsreisen in weit entfernte Länder - während er in der Zwischenzeit in seiner Arbeitssituation (trotz körperlicher Arbeit) beschwerdefrei ist:

In seinen Urlauben unternimmt der Patient, oft gemeinsam mit einem Freund, weite Reisen:

" Ja, Reisen heißt für mich Abenteuer. Daß man nicht weiß, was einen erwartet. Neue Eindrücke ...".

Sonst lebt der Patient eher zurückgezogen. Zu Frauen hat er bisher nur oberflächliche Kontakte. Trotz seiner Äußerungen über den Reiz neuer Erfahrungen fällt ihm der Umgang mit ungewohnten Situationen dann schwer, wenn er Dinge nicht selbst aktiv gestaltend in die Hand nehmen kann, sondern passiv sein und abwarten muß. Dann tauchen depressive Stimmungen bei ihm auf:

" Ich möcht' nicht erwarten, daß was vom Himmel fällt, ich möcht's selber machen Das Schlimme ist, wenn man (in einer schwierigen Situation) nichts tun kann ...".

Gleichzeitig ergeben sich in der Arbeitssituation in der Zeit vor seinen Urlauben häufig Konfliktsituationen, die er - nach eigenem Urteil - nur unbefriedigend löst.

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich während einer seiner Urlaubsreisen. Der Patient ist jetzt 22 Jahre alt.

6. Einige Aspekte des Selbstbildes der befragten Personen - (anhand der Gesprächsprotokolle)

Im Laufe der Gespräche machten die befragten Personen Aussagen zu ihrem Selbstbild, die wir nach folgenden Kriterien untersuchten:

- Kontaktverhalten (im Selbstbild)
- Konfliktverhalten (im Selbstbild)
- Kontrolle und Anspannung (im Selbstbild und im Verhalten der Befragten)
- Stimmungslage (in der Selbsteinschätzung)
- Bedeutung von Arbeit und Leistung (im Urteil der Befragten)
- Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung (im Urteil der Befragten)

6.1. Kontaktverhalten (im Selbstbild)

12 Personen (10 Frauen und 2 Männer) bezeichnen sich als Einzelgänger oder Eigenbrötler. Fünf Personen aus dieser Gruppe (4 Frauen und 1 Mann) geben gleichzeitig an, schwer Kontakt zu finden, wie z. B. Patientin 19:

" Ich bin ein starker Einzelgänger".

" Ich hab' Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen, wenn mir jemand sympathisch ist ...".

5 Frauen suchen Gesellschaft anderer Menschen, um nicht in depressive Stimmungen zu verfallen, wie z. B. Patientin 10:

" Alleinsein ist das Schlimmste, da krieg'ich Depressionen - länger alleinsein, mein' ich ...".

7 Personen (5 Frauen und 2 Männer) machen keine Angaben zu diesem Punkt.

6.2. Konfliktverhalten (im Selbstbild)

8 Personen (5 Frauen und 3 Männer) geben an, Streitigkeiten nicht auszutragen, sondern Ärger zu "schlucken" bzw. Konflikte zu vermeiden wie Patientin 8:

" Streit (in der Ehe) gab's noch nie, ich will meine Ruhe haben. Ich schlucke lieber und denk' mir was dabei ...".

4 Frauen sagen aus, sie versuchten bei Konflikten, die Kontrolle zu behalten - verlören die Kontrolle schließlich aber doch (nachdem sie schon viel "geschluckt" hätten), wie Patientin 11 (vgl. a. im Abschnitt Spannung und Kontrolle):

" Aus der Haut fahre ich selten, wenn, dann richtig, dann explodierte ich".

8 Frauen äußern sich widersprüchlich zu ihrem Konfliktverhalten: Einerseits geben sie an, Konflikte zu "schlucken", an anderer Stelle im Gespräch sagen sie jedoch aus, sie trügen Konflikte aus, wie z. B. Patientin 7:

" Ich neige eher dazu, Ärger in mich 'reinzufressen".

" Ich kann meine Meinung vertreten und behaupten, wenn's nötig ist".

4 Personen (3 Frauen und 1 Mann) äußern sich nicht zu diesem Punkt.

6.3. Spannung und Kontrolle im Selbstbild und im Verhalten der Befragten

Spannung und Kontrolle (im Verhalten der Befragten) zeigte sich während unserer Gespräche in zwei Formen:

- als Beobachtungsergebnis durch die Interviewpartner
- als Aussage der Befragten zu diesem Thema

6.3.1. Kontrolliertes Verhalten in der Gesprächssituation

Insgesamt 13 Personen, 9 Frauen und 4 Männer, zeigten in der Gesprächssituation ein kontrolliertes Verhalten.

Bei 11 Personen, 7 Frauen und 4 Männern, zeigte sich eine starke Tendenz zu angespannter Körperhaltung während weiter Teile des Gesprächsverlaufs, wie z. B. bei Patient 13:

Der Patient sitzt auf einem Stuhl. Mit gestreckten Armen drückt er sich vom Stuhl ab; in einer Körperhaltung, als wolle er jede Minute aufstehen und davonrennen. Dabei erzählt er, chronologisch wohlgeordnet, Einzelheiten seiner Krankengeschichte. (Beobachtung der Interviewpartner)

5 Frauen versuchen die Interviewsituation dadurch "in den Griff" zu bekommen, daß sie gleich zu Anfang sagen, sie hätten einen wichtigen Termin nach unserem Gespräch und könnten sich leider nur kurz mit uns unterhalten, wie z. B. Patientin 4:

Diese Patientin sagt gleich zu Anfang des Gesprächs, sie müsse in einer halben Stunde ihre Tochter vom Kindergarten abholen Sie bleibt dann aber doch 2 Stunden bei diesem ersten Gespräch.

Bei 11 Frauen zeigt sich während der Gespräche keine ausgeprägte Tendenz zu angespannter Körperhaltung.

6.3.2. Kontrolle und Anspannung im Selbstbild der Befragten

17 Personen (15 Frauen und 2 Männer) äußern sich über das Selbstbild ihres Verhaltens zum Thema Kontrolle und Anspannung.

7 Personen (6 Frauen und 1 Mann) schätzen sich selbst als unruhig, nervös oder angespannt ein, z. B. Patientin 15:

" Ich bin so unruhig, meine Hände müssen immer gehen ...".

3 Frauen äußern sich über ihre häufige Empfindung, verkrampft zu sein, wie z. B. Patientin 2:

" Ich merk' oft, wie sich beim Dasitzen alles zusammenzieht. Ich denk' mir dann: Laß' doch los ...".

10 Personen, 9 Frauen und 1 Mann, erläutern in ihrem Selbstbild eine Neigung zu kontrollierten Reaktionen, wie z. B. Patientin 21:

" Wenn jemand aggressiv gegen mich ist, krieg' ich Magenschmerzen. Da versuch' ich, vorher zu besänftigen Ich explodiere nicht, obwohl ich unter Spannung bin; ich bleib' sehr freundlich Bei Ärger und Aufregung spür' ich die Galle, denn da bin ich empfindlich ...".
(Die Patientin nimmt in solchen Situationen ein Beruhigungsmittel)

2 Frauen äußern, in neuen und von ihnen nicht kontrollierbaren Situationen Angst zu empfinden, z. B. Patientin 6:

Sie hat "Angst nur bei Sachen, wo man selber keinen Einfluß d'rauf hat ...".

Bei 3 Personen geht Anspannung mit körperlichen Symptomen einher, wie bei Patientin 21 (s. o.).

7 Personen (5 Frauen und 2 Männer) äußern sich nicht zu diesem Punkt.

In solchen Situationen der Anspannung verschaffen sich die befragten Personen in unterschiedlicher Weise Erleichterung: 2 Frauen nehmen Tabletten zur Beruhigung, ein Mann (Patient 8) greift zum Alkohol, 6 weitere Personen (5 Frauen und 1 Mann) lenken sich ab oder entspannen sich durch körperliche Bewegung (vgl. im Abschnitt über Bewegung). Die restlichen 15 Personen äußern sich nicht zu diesem Thema.

6.4. Stimmungslage (in der Selbsteinschätzung)

16 Frauen äußern, ihre Stimmung (zum Zeitpunkt des Gesprächs) sei stark gedrückt, wie z. B. Patientin 7:

" Ich hab' eher das Gefühl, das Leben rinnt vorbei".

Hinweis:

Patientin 7 ist zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs 22 Jahre alt und seit

einem Jahr erkrankt. Ihre Hauptbeschwerden sind Hauterscheinungen, Haarausfall, Raynaudsymptomatik, Lymphknotenvergrößerung, restriktive und obstruktive Ventilationsstörung der Lungen und Gelenkbeschwerden. Sie zeigt keinen Hinweis auf eine Nierenerkrankung.

2 Männer des Kollektivs (Patient 8 und Patient 23) versuchen, ihre eigenen Stimmungstiefs zu verdrängen, und ihre Lebenspartner aufzumuntern, wie z. B. Patient 8:

" Verzweifeln kann ich nicht, meine Familie und meine Kinder brauchen mich ...".

Hinweis:

Patient 8 ist zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs 47 Jahre alt und seit 9 Jahren chronisch erkrankt. Seine Hauptsymptome sind: starke Hautbeteiligung, Haarausfall, obstruktive und restriktive Ventilationsstörungen der Lungen und Allgemeinsymptome. Er hat eine schwere diffuse Glomerulonephritis. Er ist außerdem seit Jahren alkoholabhängig.

6 Personen (4 Frauen und 2 Männer) äußern sich nicht zu diesem Thema.

Bei der Einschätzung der Stimmungslage ist zu berücksichtigen, daß diese Aussage z. T. viele Jahre nach Krankheitsausbruch von den Befragten gemacht wurden, und daß Rückschlüsse auf die Stimmung dieser Personen vor ihrer Erkrankung nur in sehr begrenztem Umfang möglich sind.

6.5. Die Bedeutung von Arbeit und Leistung im Urteil der Befragten

Insgesamt äußern sich 14 Frauen (kein Mann!) über die Bedeutung der Erwerbstätigkeit in ihrem Leben.

6.5.1. Leistungsverhalten und Pflichtbewußtsein in Kindheit und Jugend

1 Frau (Patientin 1) wird (in der Fremdanamnese der Mutter) als eine sehr leistungsorientierte Jugendliche beschrieben (vgl. auch Lebenssituation bei Krankheitsausbruch).

Ihre Mutter schildert, die Patientin sei - im Gegensatz zu ihrem kleinen Bruder "folgsam" und "ehrgeizig".

2 Frauen schildern, daß von ihnen als ältester Tochter besonderes Pflichtbewußtsein erwartet wurde, und daß sie ihre eigenen Wünsche dieser Forderung unterordneten, wie z. B. Patientin 11:

Von ihr als ältester Tochter verlangte ihre Mutter, die häufig krank war und im Bett lag, intensive Arbeit im Haushalt und die Versorgung ihrer kleinen Geschwister, für die sie sich zum Mutterersatz entwickelte:
 " Manchmal hat's mir gestunken Aber ich hab's hingenommen. Weil ich die Älteste war".

Hinweis:

11 Personen, 9 Frauen und 2 Männer sind die erstgeborenen Kinder in ihrer Familie - die meisten äußern sich jedoch nicht direkt zur Bedeutung dieser Stellung innerhalb der Geschwisterreihe - vgl. Daten zur sozialen Situation.

Die große Bedeutung körperlicher Arbeit in ihrer Kindheit und Jugend betonen 5 Frauen, z. B. Patientin 17:

" Ich hab' nicht so lang gespielt. Mit 10, 11 Jahren hab' ich schon im Nachbardorf gearbeitet".

(Die Eltern der Patientin waren beide ganztags berufstätig, die wesentlich älteren Geschwister waren bereits in der Lehre, und die Patientin war als Kind häufig sich selbst überlassen).

Insgesamt äußern sich 7 Frauen zu den genannten Themen (eine Frau äußert sich zu zwei Themen: Patientin 2).

17 Personen, 13 Frauen und alle 4 Männer äußern sich nicht direkt zu diesen Themen.

6.5.2. Bedeutung von Arbeit und Leistung im Erwachsenenalter - (im Urteil der Befragten)

14 Frauen äußern sich über die Bedeutung der Erwerbstätigkeit in ihrem Leben (keiner der Männer)

6.5.2.1. Bezahlte Arbeit als Möglichkeit, sich den Einflüssen des Elternhauses zu entziehen

Für 11 Frauen ist bezahlte Arbeit eine Möglichkeit, sich als Jugendliche den Einflüssen ihres Elternhauses zu entziehen, z. B. für Patientin 22:

Die Patientin bringt minderjährig ein Kind zur Welt. Nach Ablauf der Mutterschutzzeit übergibt sie ihr Kind der Obhut ihrer Mutter, verläßt ihre Heimat, um im Nachbarland - gegen den Willen ihres Vaters - als Serviererin zu arbeiten. Ihr Kommentar zu dieser Situation ist:

" Ich hab's zuhause nicht ausgehalten ...".

(vgl. auch die Beziehung der Patientin zu ihren Eltern - s. Anhang)

13 Personen, 9 Frauen und alle 4 Männer machen zu diesem Thema keine Angaben.

6.5.2.2. Berufstätigkeit und Kontaktverhalten

Für 15 Frauen (von insgesamt 22 Erwachsenen - 2 Personen sind Jugendliche) ist die bezahlte Berufstätigkeit eine Möglichkeit, mit Menschen ins Gespräch zu kommen, so z. B. für Patientin 20:

" Ich wollte Verkäuferin werden, mit Menschen reden, keinen Bürojob. Ich kann nicht ruhig sitzen. Ich mag' auch den Kontakt".

Patientin 21 äußert sich ähnlich über ihre Berufstätigkeit (als Friseurin):

" Mit den Kunden ist es recht nett ...".

" Privat bin ich ein anderer Mensch als im Geschäft, ich finde schwer Anschluß ...".

7 (dieser genannten 11 Frauen) sind im Dienstleistungsbereich bzw. in einem "Helferberuf" tätig:

3 arbeiten als Verkäuferin, je eine als Serviererin, Friseurin, Kinderpflegerin oder Krankenschwester. Für diese Frauen ist ihr Beruf seit ihrer Jugend ihr "Wunschberuf" gewesen. Eine weitere Frau engagiert sich neben ihrer Berufstätigkeit in der Fabrik seit vielen Jahren im Betriebsrat (Patientin 2):

Es "hat mich viel Kraft gekostet als einzige Frau im Betriebsrat, ich hab's aber gern gemacht. Ich hab' geweint für die Kolleginnen, die mir dann in den Rücken gefallen sind, gekämpft für andere, alles gemacht ...".

6.5.2.3. Berufstätigkeit und körperliche Leistungsgrenzen

Für 9 Frauen bedeutet Berufstätigkeit eine wichtige Möglichkeit, die Grenzen ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit zu erproben, wie z. B. für Patientin 16:

" Vor der Krankheit war mir keine Arbeit zuviel ...".

6.5.2.4. Berufstätigkeit und Selbstwertgefühl

Für 11 Frauen ist die Erwerbstätigkeit eine Möglichkeit, ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren - wie die Antworten von 2 Frauen stellvertretend für diese Gruppe dokumentieren:

So äußert sich Patientin 17 folgendermaßen über den Zusammenhang von Selbstwertgefühl und Berufstätigkeit:

" Früher war ich stark, da war ich einfach jemand, durch meine Art, meine Arbeitskraft, meine Leistungsfähigkeit".

(Die Patientin ist nach Beginn der Erkrankung durch häufige Gelenkschmerzen in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Serviererin stark behindert).

Für Patientin 10 steht die Konkurrenz zu ihren Kolleginnen bei ihrer Tätigkeit als Arbeiterin unter Akkordbedingungen sehr im Vordergrund:

" Ich hatte das Gefühl, ich brauch' den Streß, immer mehr zu schaffen als die anderen, war für mich eine Art Selbstbestätigung - so war das schon immer".

6.5.3. Andere Angaben zum Thema Berufstätigkeit

2 Frauen, Patient 7 und Patient 12, äußern, es sei für sie nicht so wichtig, berufstätig zu sein, wie z. B. Patientin 7:

" Lieber keinen Erfolgsberuf, und daheim alles in Ordnung ...".

Die übrigen 8 Personen äußern sich nicht in dieser Weise über bezahlte Arbeit:

- 2 Personen (1 Mann und 1 Frau) sind zum Zeitpunkt der Gespräche noch Teenager, und noch in Ausbildung
- 1 Frau studiert noch (Patientin 19)
- 5 Personen (2 Frauen und alle drei berufstätigen Männer unseres Kollektivs) äußern sich nicht zu ihrer Berufstätigkeit

Berufstätigkeit und Erkrankungsbeginn

12 Personen (10 Frauen und 2 Männer) erkrankten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit:

2 Personen erkrankten in der Zeit der Arbeitslosigkeit (nach Aufgabe oder Verlust eines für sie bedeutsamen Arbeitsplatzes.

2 Personen erkrankten nach einem (von ambivalenten Gefühlen begleiteten) Wechsel ihrer Arbeitsstelle.

Bei 3 Personen liegen bedeutsame Konfliktsituationen am Arbeits- oder Ausbildungsort im Zeitraum der letzten zwei Jahre vor Erkrankungsbeginn. (Näheres dazu vgl. im Kapitel über Lebenssituation und Erkrankungsbeginn).

4 Personen (2 Frauen und 2 Männer) erkrankten im Urlaub, bei dreien von ihnen ging diesem Urlaub ein Konflikt (s. o.) im Zusammenhang mit ihrer Arbeitsstelle voraus. Eine Person (Patientin 10) dieser Gruppe äußerte sich über körperliche Überforderung am Arbeitsplatz vor diesem Urlaub.

Über eine Zeit körperlicher Überforderung vor Krankheitsbeginn äußern sich 4 Personen (4 Frauen), z. B. Patientin 10, die seit 10 Jahren im Akkord arbeitet und aus dieser Arbeit auch ihre Selbstbestätigung zieht:

" Ich hatte das Gefühl, ich brauch' den Streß ...".

" Ich dachte, die 6 Wochen bis zum Urlaub, die schaff' ich noch ...".

6.6. Die Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung - (im Urteil der Befragten)

17 Personen (15 Frauen und 2 Männer) äußern sich zu körperlicher Aktivität und Bewegung.

6.6.1. Körperliche Bewegung in Kindheit und Jugend

6 Frauen betonen die Bedeutung von körperlicher Bewegung in Kindheit und Jugend, wie z. B. Patientin 20:

" Ich wollte früher immer ein Bub sein, ich war wild im Wesen, kein Puppenspielen. Die Eltern wünschten sich einen Bub".

Eine von ihnen (Patientin 19) will als Jugendliche einen Beruf mit viel Bewegung ergreifen:

Sie möchte Gymnastiklehrerin oder weiblicher Trabrennjockey werden. Auf Wunsch ihrer Eltern, die beide im Lehrfach tätig sind, gibt sie diese Berufswünsche auf, macht über den zweiten Bildungsweg das Abitur nach und beginnt mit einer Ausbildung zur Hauswirtschaftslehrerin (vgl. a. Lebenssituation und Erkrankungsbeginn im Anhang).

6.6.2. Körperliche Bewegung als wichtiger Faktor im Leben

15 Personen (14 Frauen und 1 Mann) sagen aus, daß für sie Bewegung schon immer ein sehr wichtiger Faktor in ihrem Leben gewesen sei - meist inform von Schwimmen, Wandern und Bergwandern, wie z. B. Patientin 21:

" Ich habe sportliche Ausdauer ...".

" Das Wandern, in den Bergen, so 8 bis 10 Stunden, nach dem Tod meines Mannes, das war das einzige, was mir wirklich gut tat - das Freie, die Natur".

Für 4 Personen (3 Frauen und 1 Mann), ist es wichtig, Bewegungsfreiheit mit dem Auto zu haben oder weite Reisen zu unternehmen, wie z. B. für Patient 23 (vgl. Lebenssituation und Erkrankungsbeginn - s. a. Anhang).

6.6.3. Körperliche Bewegung in der Funktion von Ablenkung und Entspannung

Bewegung als Ablenkung oder Entspannungsmöglichkeit bevorzugen 6 Personen (5 Frauen und 1 Mann), wie z. B. Patientin 22:

" Ich hab' oft so eine Unruhe in mir, ich meine ich versäume was Auch mit 38° C steh' ich noch auf, ich muß auf. Im Bett fängt man das Sinnieren an ...".

Patientin 2 macht Gymnastik bei innerer Anspannung:

" Wenn ich nervlich fertig bin, dann tut mir die Gymnastik gut. Da geht man aus sich 'raus ...".

6.6.4. Körperliche Bewegung und Leistungsgrenzen

2 Frauen suchen durch körperliche Bewegung an ihre Leistungsgrenzen vorzustoßen, wie z. B. Patientin 6:

" Ich bin sehr ehrgeizig Ich hab' früher immer versucht, ob es noch ein bißchen weitergeht ...".

6.6.5. Keine Angaben zu körperlicher Bewegung

7 Personen (5 Frauen und 2 Männer) machen keine Angaben zur Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung.

D I S K U S S I O N

1. Diskussion der Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

In den folgenden Kapiteln werden wir frühkindliche Entwicklung und Verhaltensweisen der später an SLE erkrankten Personen, sowie Aspekte ihrer Biographie bis zur Manifestation der Erkrankung im Vergleich mit der Literatur diskutieren.

Abschließend werden wir Hypothesen aufstellen, die der Ausgangspunkt künftiger Untersuchungen sein könnten; wir werden in diesem Zusammenhang auch auf weitere Interpretationsmöglichkeiten hinweisen.

Als Anhang zur Diskussion findet sich eine vergleichende Betrachtung unserer Ergebnisse mit Literatur zur Biographie von Patienten mit Erkrankung an chronischer Poliarthritis sowie Krebs.

1.1. Aspekte der frühkindlichen Entwicklung und der Verhaltensweisen von später an SLE erkrankten Personen

In den folgenden Kapiteln werden wir die Bedingung der frühkindlichen Entwicklung näher betrachten und im Vergleich mit der Literatur diskutieren.

In einem ersten Teil wird die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung

von später an SLE erkrankten Personen unseres Kollektivs diskutiert. Grundlage für einen Vergleich unserer Ergebnisse mit der Literatur sind dabei die Beobachtungen der Psychoanalytikerin MAHLER (1978),

Im weiteren werden einige Ergebnisse biographisch-orientierter Literatur über SLE-Patienten zusammengestellt und vor dem Hintergrund von MAHLERS Beobachtungen im Vergleich mit unseren Ergebnissen diskutiert. Es werden außerdem gesellschaftliche Einflüsse auf die Beziehung Mutter und Kind und die frühkindliche Entwicklung, basierend auf Thesen von MITSCHERLICH-NIELSEN (1980), erörtert.

In einem zweiten Teil werden wir kurz auf die Rolle der Vater-Kind-Beziehung für die Entwicklung der Personen unseres Kollektivs im Vergleich mit der Literatur eingehen.

1.1.1. Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung von später an SLE erkrankten Personen

1.1.1.1. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung im Vergleich mit MAHLERS Beobachtungen (1978)

Nach Erkenntnissen von zahlreichen psychoanalytischen Forschern, mittlerweile auch belegt durch Beobachtungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung durch Margret MAHLER (1978) haben mehrere Faktoren des mütterlichen Verhaltens gegenüber dem Kind ganz entscheidenden Einfluß auf den frühkindlichen Prozeß der Loslösung und Individuation. Der Prozeß der Loslösung von der Mutter (nach MAHLER dem primären Liebesobjekt des Kindes) hat eine Differenzierung und Abgrenzung von der Mutter zum Ziel, der Prozeß der Individuation die schrittweise Entfaltung von intrapsychischer Autonomie und kognitiven Funktionen (wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Realitätsprüfung etc.).

Das Kind, das nach MAHLER am Anfang der Beziehung noch in einer symbioti-

schen Zweiheit mit der Mutter lebt, entwickelt sich erst allmählich von einem Wesen, das vorwiegend auf Reize (innen und außen) reagiert, zu einem autonomen Menschen. Anfangs stellt es sich dabei stark auf die (unbewußten) Bedürfnisse der Mutter ein und macht dadurch erste Schritte eines Sozialisationsprozesses:

" Zur Geburt des Kindes als Individuum kommt es, wenn es auf die selektive Reaktion der Mutter auf seine Signale seinerseits reagiert und sein Verhalten allmählich ändert. Es ist das spezifische unbewußte Bedürfnis der Mutter, das von den zahllosen Möglichkeiten des Kindes jene aktiviert, die für jede Mutter 'das Kind' schaffen, das ihre eigenen einzigartigen und individuellen Bedürfnisse widerspiegelt. Dieser Prozeß findet natürlich in dem Umfang statt, der der angeborenen Begabung des Kindes entspricht ...". (MAHLER, 1978 - S. 81/82)

Nach MAHLER läßt sich der frühkindliche Entwicklungsprozeß in verschiedene Entwicklungsphasen einteilen:

Nach der Entwicklung und Differenzierung des Körperschemas (in der 1. Subphase) folgt eine Phase erster eigener Schritte weg von der Mutter (in der Übungsphase - 2. Subphase) sowie eine Wiederannäherungsphase (3. Subphase), und schließlich in einem 4. Schritt die Konsolidierung der Individualität und der emotionalen Objektkonstanz.

Der ungestörte Ablauf dieser Entwicklung ist entscheidend beeinflusst durch die "ausreichende emotionale Bereitschaft" der Mutter (MAHLER), sich diesen Entwicklungsschritten durch innere Einstellung und entsprechende Verhaltensweisen (vgl. später) anzupassen. Diese "optimale Mutter" müßte nach MAHLERS Ansicht die für beide Beteiligten schwierigen Phasen der Beziehungsveränderung (mit kindlichen Reaktionen, die mit Wechseln aus Anklammern und Unabhängigkeitsstreben, starken Stimmungsschwankungen, Wutanfällen und Trotzverhalten einhergehen) ohne Schwierigkeiten ertragen können.

Nach Beobachtungen von MAHLER gehen von folgenden mütterlichen Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen störende Einflüsse auf die frühkindliche Persönlichkeitsentwicklung aus:

- distanziert - desinteressiertes Verhalten der Mutter
- emotional ambivalentes Verhalten der Mutter in ihrer Beziehung zum Kind
- bevormundendes und kontrollierendes Verhalten der Mutter, z. T. verbunden mit starker Fürsorge
- frühkindliche Trennung von der Mutter

Der wesentliche Kern dieses Prozesses von Loslösung und Individuation ist

für das Kind nach MAHLER das Merken ("Gewahrwerden") des Getrenntseins. Die positive Bewältigung dieser einschneidenden Erfahrung hängt nach Beobachtungen der Autorin entscheidend davon ab, daß die Mutter fähig und bereit ist, die Eigenständigkeit des Kindes zu akzeptieren (s. o.).

Trennungen von der Mutter spielen in allen Phasen der frühkindlichen Entwicklung eine Rolle und sind nach MAHLER (1978) von besonderer Bedeutung in der sog. Übungs- und Wiederannäherungsphase:

- Bei normaler Entwicklung fördert die Übungsphase die Entwicklung der autonomen Ich-Funktionen (z. B. das Gehen und Laufen); das Kind strebt von der Mutter weg, geht erste "Schritte", um die Welt zu erkunden. Abwesenheit der Mutter führt in dieser Phase zu plötzlichen "Stimmungsabfällen" des Kindes. Das Kind zeigt dann mit einem Mal wenig Interesse an einer Erkundung der Umgebung, zieht sich zurück und beschäftigt sich vorwiegend mit "Einbildungen" (weiteres zu möglichen Auswirkungen von Störungen dieser Subphase: vgl. in der Diskussion von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn).
- In der normalen Subphase der Wiederannäherung, die sich an die Übungsphase anschließt, findet der "Höhepunkt des Kampfes um Loslösung und Individuation" (MAHLER) statt: Dem Kind werden einerseits seine Ausscheidungsfunktionen bewußt, andererseits nimmt es sein Getrennt-sein von der Mutter stärker wahr. In dieser Zeit schwankt es stark zwischen Anhänglichkeit an die Mutter (beschattet sie regelrecht) und zwischen plötzlichen Tendenzen, sich abzuwenden, sich energisch von der Mutter abzugrenzen und Aggressionen sowie Negativismus zu zeigen.

Dieses Verhalten von "Ambitendenz", dem abwechselnden Wirken von zwei gegensätzlichen Tendenzen im Kind (nämlich der extremen Annäherung an die Mutter bei rasch folgender Aggression und Abwendung) wird zu einem späteren Zeitpunkt in der Wiederannäherungsphase verinnerlicht, und wird dann als "AMBIVALENZ" bezeichnet.

Nach MAHLER ist anzunehmen, daß solche Verlusterlebnisse und Trennungserfahrungen nicht nur bei einer körperlichen Trennung von der Mutter, sondern auch bei einem Entzug mütterlicher Aufmerksamkeit und Fürsorge geschehen können. Auch dann fehlt die "ausreichende emotionale Bereitschaft" der Mutter.

Es ist möglich, daß die oben beschriebenen Verhaltensweisen der Mütter (von Patienten unseres Kollektivs) zu Störungen dieser Subphase führte. Damit wird die frühkindliche Entwicklung von Loslösung und Individuation in jedem Fall stark beeinträchtigt. Ein Fortbestehen bzw. eine Betonung dieser Tendenzen von Flüchten sowie Ambivalenz im Kind sind nach MAHLERs Beobachtungen häufige Folge solcher Beeinträchtigungen. Letztere können auch die Entstehung einer kindlichen Neurose begünstigen.

In den folgenden Abschnitten stellen wir biographisch orientierte Literatur über SLE-Patienten zusammen, und vergleichen unsere Ergebnisse mit diesen Untersuchungen vor dem Hintergrund von MAHLERs Beobachtungen.

1.1.1.2. Die Darstellung der frühen Mutter-Kind-Beziehung von SLE-Patienten in der biographisch orientierten Literatur

In der Literatur über die Biographie von an SLE erkrankten Personen sind nur wenige Hinweise auf ihre Beziehung zur Mutter beschrieben worden. KREINDLER (1979), HALL (1981) und BLUMENFIELD (1978), vgl. oben, äußern sich nicht zu diesem Thema.

Die anderen biographisch orientierten Autoren weisen auf das Vorherrschen folgender mütterlicher Verhaltensweisen hin (vgl. a. MAHLER - s. oben): emotional distanzierte oder einschränkende Tendenzen der Mutter, sowie frühkindliche Trennungserfahrungen von der Mutter.

- KÄMMERER und KRÖGER (beide 1981) beschreiben die Mutter der von ihnen betreuten Patientin als Leistung fordernd und bevormundend
- C. SCHÖTTLER (1981) spricht von stark einschränkenden und zugleich überfürsorglichen Tendenzen der Mutter in der Beziehung zur (von der Autorin psychotherapeutisch betreuten) SLE-Patientin; die Ablösung der Patientin

von ihrer Mutter sei auch später noch lange Zeit unbewältigt gewesen (vgl. später). ²⁾

- Mc CLARY (1955) und Mitarbeiter konnten nur sehr unterschiedliche Beziehungsstrukturen der untersuchten SLE-Patienten zu ihren Eltern feststellen: gemeinsam war diesen Beziehungen lediglich, daß ein Elternteil extrem unnahbar war, während der andere mehr emotionale Nähe zeigte. Spezifische Verhaltensweisen der Mütter gegenüber diesen Patienten werden nicht berichtet.

Die frühkindliche Erfahrung (der späteren SLE-Patienten) von Verlust, Trennung und Verlassenwerden durch die Mutter wird von mehreren Autoren berichtet und interpretiert:

- Nach Mc CLARY und Mitarbeitern (1955) rufen diese Verlusterlebnisse beim Kind ein stark ambivalentes Bedürfnis nach mütterlicher Zuneigung hervor. Dieses werde jedoch wegen Scham- und Schuldgefühlen verleugnet und habe eine intensives Unabhängigkeitsstreben sowie ein zwanghaftes Aktivitätsbedürfnis zur Folge (wie sich in späteren Verhaltensweisen von Aktivität, Ruhelosigkeit und Bewegungsdrang zeige, vgl. a. Aspekte des Selbstbildes).
- KÄMMERER (1981) und KRÖGER (1981) deuten die häufigen Trennungserlebnisse und Verlassenheitsgefühle der von ihnen monatelang stationär betreuten Patientin als einen wichtigen Faktor für die spätere Entwicklung des Abwehrmechanismus der Abspaltung, der sich bei dieser Frau sowohl in der Beziehung zu ihrem eigenen Körper als auch zu anderen Menschen manifestierte.
- SCHÖTTLER (1981) sieht in der langjährigen psychotherapeutischen Arbeit mit einer SLE-Patientin die Themen "Trennung" und "Bedrohung durch Nähe" sowie den Ablösungskonflikt von der Mutter als die zentralen Punkte der Therapie an. Als Bestätigung dieser These wertet sie die Beobachtung, daß die Patientin nach dem Ansprechen dieser Themen im Rahmen der Therapie

²⁾ Ähnlichkeiten der Mutter-Kind-Interaktion dieser SLE-Patientin mit denen von schwer psychosomatisch kranken Kindern und ihren Müttern sind auffällig:
Nach BREDE (1972) ist der zentrale Konflikt zwischen Mutter und dem psychosomatisch kranken Kind das ambivalente Schwanken des Kindes zwischen Abhängigkeitswünschen und Unabhängigkeitsstreben von der Mutter. Typische Verhaltensweisen der zugehörigen Mütter sind distanzierte, restriktiv-bevormundende bzw. überfürsorgliche Tendenzen. Diese Mütter sind stark an Leistung orientiert, nach außen sehr unabhängig wirkend und hängen innerlich gleichzeitig aber an dem Kind. Die Folge ist ein chronifizierter Ablösungskonflikt, der die normale kindliche Entwicklung von Loslösung und Individuation behindert.

kurzfristige Verschlechterungen ihres ansonsten relativ stabilen Gesundheitszustandes zeigte.

Nach SCHÖTTLERS Ansicht dokumentiert sich die starke Ablösungsproblematik zwischen Patientin und ihrer Mutter in ausgeprägten, körperlich spürbaren Gefühlen von Gegenübertragung der Autorin (körperlicher Erschöpfung, starkem Bedürfnis nach Lockerungsübungen, sowie aggressiven Phantasien der Autorin nach den Therapie-Sitzungen). SCHÖTTLER interpretiert diese Gegenübertragungs-Phänomene als Manifestation eines starken Wunsches der Patientin, von ihrer Mutter wegzukommen.³⁾

In diesem Zusammenhang möchten wir auf eine Bemerkung von SCHÖTTLER hinweisen, die auch bei der Betrachtung unserer Ergebnisse als Deutungsmöglichkeit berücksichtigt werden soll:

"Laufen und bewegen bedeutet auch, sich von der Mutter fortbewegen zu können, sie zu verlassen".

1.1.1.3. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung von SLE-Patienten - (eigene Ergebnisse)

Auch die Ergebnisse unserer Untersuchungen weisen darauf hin, daß die frühkindliche Entwicklung von Personen, die später an SLE erkrankten, von einer Vielzahl von Störeinflüssen überschattet war.

Im folgenden werden wir unsere Ergebnisse, in Anlehnung an die Beobachtungen von MAHLER (vgl. oben), darstellen und interpretieren.

Distanziert - desinteressiertes Verhalten der Mutter / fehlender Körperkontakt

Eine Beeinträchtigung der frühkindlichen Entwicklung ist nach MAHLER bei einem distanziert - desinteressierten Verhalten der Mutter anzunehmen, was von der Autorin auch als "asymbiotisches Verhalten" bezeichnet wird. Darunter versteht sie ein mütterliches Verhalten, bei dem dem Kind extrem wenig

3) Derartige Gefühle von Gegenübertragung konnten wir auch im Anschluß an die Gespräche mit Personen unseres Kollektivs feststellen: körperliche Verspannungen sowie ein Gefühl, kraftlos und ausgelaugt zu sein.

Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt wird. Nach MAHLERs Theorie verhielt sich die Mutter so, weil sie evtl. aufgrund von vergangenen streßreichen Ereignissen zu sehr mit sich selbst beschäftigt war, um aufmerksam für die Bedürfnisse ihres Kindes sein zu können. Oder sie verhielt sich so, weil sie wenig innere Beziehung zu ihrer Mutterrolle hatte, und evtl. unbewußt gar kein Kind wollte (vgl. in unerwünschte Kinder).

MAHLER weist in diesem Zusammenhang allerdings nicht auf die Möglichkeit hin, daß die Mutter selbst Schwierigkeiten mit dem Zulassen von emotionaler Nähe haben könnte - was die Aussagen mehrerer Befragter vermuten lassen. (Mehr als die Hälfte des Kollektivs - 13 Personen, darunter 1 Mann - äußern, der Kontakt zu ihrer Mutter sei kühl und distanziert gewesen.

In späteren Phasen der frühkindlichen Entwicklung kann eine stark emotional distanzierte und zurückweisende Haltung der Mutter zu einem an Autismus erinnernden Rückzugsverhalten des Kindes führen, das dann - nach MAHLER - Vorformen einer kindlichen Depression erkennen läßt. Aufgrund unserer Untersuchungen, in denen wir retrospektiv die Situation während der frühen Kindheit der Befragten zu rekonstruieren suchten, konnten wir zum Vorkommen von autistischen Verhaltensweisen und emotionalen Verstimmungen in ihrer Kindheit keine Aussagen treffen.

In diesem Zusammenhang ist jedoch das Selbstbild der Befragten von Bedeutung, die sich selbst als Einzelgänger und Eigenbrötler bezeichnen (das ist die Hälfte der Befragten), während 5 weitere Personen die Gesellschaft anderer suchen, um nicht in depressive Stimmungen zu verfallen. Ähnliche Rückzugstendenzen in der frühen Kindheit sind eine naheliegende Hypothese, die wir zur Diskussion stellen wollen.

Der distanzierte Umgang der Mütter mit ihren Kindern läßt anhand von Zitierten vermuten ("Nein, herzlich war es nicht", kein Kuß, keine Umarmung), daß der Körperkontakt mit der Mutter auch in der Kindheit wenig vorhanden war. Diese Form des Kontaktes ist nach MAHLERs Beobachtungen jedoch eine entscheidende Voraussetzung für die ungestörte Bewältigung der ersten frühkindlichen Entwicklungsstadien, die die Differenzierung und Entwicklung des Körperschemas beinhalten (= 1. Subphase; vgl. oben).

Die Zuwendung der Mutter durch Körperkontakt wie Drücken und Umarmen befriedigt in dieser Phase, in der das Kind seine Umwelt noch über die gesamte Körperoberfläche wahrnimmt (v. a. über die Tiefensensibilität), sein

Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Berührung.

Schon HOFER (1949, 1950) betonte die Bedeutung von Berührung für den Prozeß der Abgrenzung (!) sowie für die libidinöse Besetzung des kindlichen Körpers durch die Mutter. Auf der Grundlage des so entstandenen "Urvertrauens" entwickelt sich die Fähigkeit des Kindes, später auch Beziehungen zu anderen Personen aufzunehmen.

MAHLER erklärt dazu:

" Nur wenn der Körper auf dem Wege über die liebevolle Fürsorge der Mutter für das Kind zum Objekt seines sekundären Narzißmus wird, kann die Identifizierung mit dem äußeren Objekt erstrebt werden". (MAHLER, 1978, S. 67) 4)

Die Störungen der frühkindlichen Entwicklung bei den Personen unseres Kollektivs könnten damit die Grundlage späterer Abgrenzungskonflikte - sei es in Beziehung zu ihrem eigenen Körper (vgl. auch KÄMMERER im Kapitel: Die Mutter-Kind-Beziehung von SLE-Patienten in der Literatur: Mechanismus der Abspaltung, Probleme der eigenen Körpergrenzen), - sei es in der Beziehung zu anderen Personen (vgl. eigene Ergebnisse: chronische Konflikte von Nähe und Distanzstreben zu Eltern und Partnern) entwickeln.

Dieses Problem kann im Rahmen dieser Arbeit nur angesprochen werden. Weitere Studien, evtl. in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Immunologen und Psychoanalytikern, könnten hier mehr Klarheit verschaffen und evtl. - im Sinne von WEINER (1972):

" trying to narrow the gap in the psychosomatic process ...".

Emotional ambivalentes Schwanken der Mutter in der Beziehung zum Kind

Ein "ambivalentes Verhalten" der Mutter, das MAHLER mit häufigem Schwanken zwischen Zuwendung und Ablehnung des Kindes gleichsetzt, und das für das

4)

Die Übertragbarkeit von Tierexperimenten (vgl. auch im Kapitel über Streß und Immuneschehen muß zwar mit großen Vorbehalten betrachtet werden, und die ethische Problematik von experimentell gesetzten Tumoren bei Tieren ist nicht wegzudiskutieren. Dennoch muß an dieser Stelle zumindest der Hinweis erlaubt sein, daß Jungtiere frühkindlichen Streßsituationen durch Isolation von Muttertier und Geschwistem (d. h. ohne Möglichkeit eines Hautkontaktes) unterzogen wurden. Bezüglich des experimentell gesetzten Tumorstadiums und der Mortalität zeigten sie im späteren Leben eine signifikante Erhöhung dieser Parameter im Vergleich zu der Gruppe, die diesem Haut- und Sozialkontakt zur Mutter erst nach der normalen Zeit entzogen wurde (DECHAMBRE, 1978, 1981). Dies läßt einen Zusammenhang von Hautkontakt und Entwicklung des Immunsystems vermuten.

Kind schlecht einschätzbar und damit unberechenbar ist, ist nach MAHLER möglicherweise Ausdruck einer ambivalenten Haltung der Mutter gegenüber ihrer Mutterrolle. MAHLER berücksichtigt hierbei jedoch nicht die Möglichkeit, daß diese Haltung der Mutter auch Ausdruck von sozialem und gesellschaftlichem Druck auf sie sein kann - vgl. später. In unserem Kollektiv waren 6 Personen von unausgeglichene(n) Verhaltensweisen ihrer Mütter betroffen.

Bevormundendes und anklammerndes Verhalten der Mutter

Als "parasitär-anklammernd" bezeichnet MAHLER ein mütterliches Verhalten von liebevoller Überfürsorglichkeit, das mit starker Bevormundung und Kontrolle einhergeht.

Im Rahmen unserer Untersuchung beschäftigten wir uns vor allem mit dem Freiraum einschränkenden Aspekt dieser mütterlichen Verhaltensweise; denn zwei Drittel unseres Kollektivs äußerten, ihre Mutter habe ein kontrollierendes bzw. ein bevormundendes Verhalten gezeigt.

Dieses kontrollierende Verhalten der Mutter, das für manche Personen unseres Kollektivs bis weit ins Erwachsenenalter hineinreicht, und die Unfähigkeit der Mütter, ihren Kindern mehr Freiraum für Eigeninitiative zuzugestehen, muß im Zusammenhang mit dem chronifizierten Ablösungskonflikt beurteilt werden, dem 14 Personen unseres Kollektivs ausgesetzt waren (vgl. Ergebnisse). Hier zeigt sich eine deutliche Auswirkung der sozialen Position der meisten Mütter, die bis auf 5 Personen ohne jegliche Berufsausbildung waren. Die Hälfte der Mütter der von uns befragten Personen richtete ihre Energie auf ein Dasein als Hausfrau und Mutter. Von ihnen kann angenommen werden, daß sie große Probleme hatten, als sie ihren Lebensinhalt mit der größeren Selbständigkeit und Ablösung ihrer Kinder notwendigerweise modifizieren mußten (vgl. auch später: Gesellschaftliche Einflüsse auf die Mutter-Kind-Beziehung).

Frühkindliche Trennung von der Mutter

In diesem Zusammenhang müssen auch frühkindliche Trennungserfahrungen von der Mutter berücksichtigt werden (denen 8 Personen unseres Kollektivs

häufig, 3 Personen unter ihnen zusätzlich auch über längere Zeiträume ausgesetzt waren – lediglich 5 Personen hatten dabei andere konstante Bezugspersonen). Auch die Trennung von der Mutter in der frühen Kindheit kann durch deren Abwesenheit und somit ein Fehlen von "ausreichender emotionaler Bereitschaft" der Mutter zu einer Störung der frühkindlichen Entwicklung führen (weitere Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung und ihre mögliche Bedeutung für die Erkrankung an SLE: vgl. im Kapitel über "Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn").

1.1.1.4. Gesellschaftliche Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung nach Thesen von MITSCHERLICH – NIELSEN (1980)

In der Literatur wurde bislang wenig Wert auf die Untersuchung der sozialen Hintergründe von an SLE erkrankten Personen gelegt, sodaß ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nicht möglich ist.

Bei der Auswertung unserer Daten fiel auf, daß die Ursprungsfamilie in der frühen Kindheit der Befragten großen sozialen Problemen ausgesetzt war: finanzielle Schwierigkeiten in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit, Alkoholismus und Eheprobleme der Eltern prägten schon früh die Lebensgeschichte von annähernd zwei Drittel der befragten Personen unseres Kollektivs (15 Personen); früh in der Kindheit und Jugend wurde v. a. von den erstgeborenen Personen mit jüngeren Geschwistern die Übernahme von Verantwortung sowie ein ausgeprägtes Pflichtbewußtsein und Leistungsbereitschaft verlangt.

5 Personen verdienten bereits in ihrer frühen Jugend durch bezahlte Arbeit in der Gärtnerei, als Haushaltshilfe o. ä. Taschengeld "dazu". (Welche weiteren Funktionen diese Arbeit für die Befragten als Kind möglicherweise noch hatte, wird unter dem Stichwort: Funktion der Arbeit diskutiert – vgl. unter Aspekte der Persönlichkeit).

Der soziale Status der Eltern der Befragten in ihren ersten Lebensjahren gibt in den meisten Ursprungsfamilien Hinweise darauf, daß diese Familien neben finanziellen Schwierigkeiten großen Problemen der sozialen Integration sowie einem entsprechenden Anpassungsdruck von seiten ihrer Umge-

bung ausgesetzt waren:

- 3 Mütter waren bei der Geburt (der befragten Personen) minderjährig und ohne Ausbildung - die Hypothese, daß diese Mütter ihren Kindern dies später (bewußt oder unbewußt) zum Vorwurf machten, liegt nahe.
- 5 Mütter brachten ihr Kind unerwünscht als unverheiratete Frau ohne festen Lebenspartner zur Welt und waren in den ersten 6 Lebensjahren des Kindes (bis auf eine Ausnahme) Alleinverdiener. In dieser Situation widmeten sie ihren Kindern (nach deren Aussage) wenig Zeit und Aufmerksamkeit (vgl. a. distanziert - desinteressiertes Verhalten der Mütter, s. oben).
- Mehr als drei Viertel der Mütter (19 Personen) hatten lediglich einen Volksschulabschluß ohne weitere Berufsausbildung, keine Mutter legte das Abitur ab und studierte.
- 11 Personen, also annähernd die Hälfte unseres Kollektivs, wuchsen im Dorf oder in einer Kleinstadt auf, einem Lebensraum, von dem angenommen werden kann, daß hier soziale Normen und ihre Einhaltung durch sozialen Druck in stärkerem Maße als beispielsweise in der Großstadt auf die Familien einwirkten, die aus dem "normalen" Rahmen fielen (durch Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit von Sozialhilfe, Status einer unverheirateten Mutter mit "ledigem" Kind etc.).

Vor diesem sozialen Hintergrund sind die Äußerungen der Befragten über die Verhaltensweisen ihrer Mütter und die frühkindliche Trennung von der Mutter (siehe oben) zu beurteilen.

MITSCHERLICH-NIELSEN (1980) hat in ihrem Artikel "Die Mütter sind an allem schuld - Müssen wir unsere Mütter hassen?" Thesen zur Bedeutung gesellschaftlicher Bedingungen für die Mutter-Kind-Beziehung aufgestellt, die auch auf diese Beziehung der befragten Personen unseres Kollektivs anwendbar sind.

Nach MITSCHERLICH ist die frühkindliche Entwicklung des Menschen, eingebunden in gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die u. a. soziokulturelle Wertvorstellungen, Normen, unbewußte kollektive Phantasien, geschlechtsspezifische Erziehung und die gesellschaftliche Stellung von Mann und Frau beinhalten. Dieser Hintergrund wirkt ganz entscheidend auf die Mütter ein, an die auch von vielen psychoanalytischen Forschern zahlreiche

Ansprüche formuliert wurden. Ein Beispiel hierfür ist die Anforderung der "ausreichenden emotionalen Bereitschaft" einer "optimalen Mutter" - wie MAHLER formulierte (1978 - s. o. im Text). Gewisse Relativierungen von einer Art Schuldzuweisung, wie sie aus manchen theoretischen Modellen spürbar wird, sind angebracht, wenn die Situation der Frau und Mutter vor folgendem Hintergrund betrachtet wird:

- Die Stellung der Mutter, v. a. der "Nur-Hausfrau" (wie die Mütter von 12 Befragten), außerhalb ihres klassischen "Machtbereichs" Kernfamilie ist durch eine erhebliche Machtlosigkeit gekennzeichnet. Dieses Faktum kontrastiert auffallend zum kindlichen Erleben einer bisweilen (scheinbar) allmächtigen Mutter.
- Ihre finanzielle Abhängigkeit vom Partner (der bei 12 Befragten Alleinverdiener ist) kann die Mutter durch eigene Berufstätigkeit (wie die restlichen 12 Mütter des Kollektivs - unter ihnen 4 Alleinverdiener) zwar mindern. Diese Berufstätigkeit bedeutete aber für fast alle Mütter (mit der Ausnahme von 5 Müttern mit Berufsausbildung) die Übernahme einer wenig qualifizierten und schlecht bezahlten Arbeit.
- Im Tausch für diese Tätigkeit muß die Mutter sich (wie 8 Mütter der befragten Personen) dann allerdings mit Vorwürfen von außen und intrapsychischen Schuldgefühlen auseinandersetzen: weil sie als "Rabenmutter" ihr Kind zum "Schlüsselkind" gemacht hat.
- Sie ist die Hauptverantwortliche für die Kindererziehung, der sich die Väter in weiten Teilen zu entziehen wissen, bzw. aufgrund ihrer gesellschaftlichen Funktionen oft auch viel weniger widmen können (was 10 Befragte über ihre Väter ausdrücklich sagten).
- Im Aufgabenbereich Familie, der der Frau und Mutter oft als einziger legitimer Bereich zugewiesen wird, konzentriert sie sich dann häufig mit aller Energie auf ihre Kinder. Deren Entwicklung begreift sie nicht selten als Teil ihrer - einzig möglichen - Selbstverwirklichung. Oder sie bekämpft in ihnen unbewußt angelegte eigene Anteile. Oder sie lehnt ihre Kinder ab, die sie an ihrer eigenen Selbstfindung und - Verwirklichung hindern - (wie das aufgrund der sozialen Gegebenheiten bei einer Reihe von Müttern der Befragten durchaus denkbar ist - vgl. oben).
- Eine Entwicklung der Kinder zu mehr Selbständigkeit kann sie vor diesem Hintergrund als Bedrohung ansehen und versucht dann, diese Loslösung durch die "Hintertür", z. B. im Erwecken von Schuldbefühlen bei ihren

Kindern zu verhindern. (Dieser Aspekt wird in unserer Untersuchung anhand des in 14 Fällen chronifizierten Ablösungskonflikts von den Eltern, v. a. von der Mutter, deutlich, der bei diesen Personen noch weit ins Erwachsenenalter hineinreicht).

Als einen ersten Schritt aus diesem Dilemma schlägt MITSCHERLICH vor, sich diese Widersprüche von psychoanalytischer Theorie und den Anforderungen unserer Gesellschaft und Kultur anzuschauen, und Verdrängtes bewußt zu machen; denn nur so könnten alle Beteiligten am gesellschaftlichen Prozeß einen Schritt weiter auf dem Weg zu Selbstfindung und Autonomie gehen.

MITSCHERLICH-NIELSEN berücksichtigen bei ihrer Analyse jedoch jene Mütter nicht, die ein unerwünschtes Kind als unverheiratete Mutter geboren haben (wie 5 Mütter unserer Untersuchung). Hier gibt es zusätzliche Faktoren (wie z. B. der gesellschaftliche Druck wegen eines Normverstoßes), die die frühe Mutter-Kind-Beziehung belasten. Zusätzliche Störeinflüsse ergeben sich durch die Tatsache, daß diese unverheirateten Mütter ganztägiger Berufstätigkeit nachgehen mußten, z. T. sofort nach Beendigung der Mutterschutzzeit, Schuldgefühle hatten, eine "Rabenmutter" zu sein (vgl. oben) und z. T. keine konstanten Bezugspersonen für die Betreuung ihrer Kinder fanden. Teilweise Ablehnung der Mutterrolle, z. T. auch im Zusammenhang mit dem oben erwähnten gesellschaftlichen Druck sind unter diesen Voraussetzungen zu vermuten.

1.1.2. Aspekte der Beziehung zum Vater bei später an SLE erkrankten Personen

Die Bedeutung der Beziehung zum Vater für die frühkindliche Entwicklung ist in der Literatur bisher nur wenig beachtet und lange Zeit unterschätzt worden. Das Hauptaugenmerk richtete sich im allgemeinen auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind; Beobachtungen über die Beziehung zum Vater liegen nur wenige vor.

In einem kurzen allgemeinen Teil möchten wir einige Aspekte der Vater-Kind-Beziehung anreißen, die derzeit in der Literatur diskutiert werden.

Wir beziehen uns dabei v. a. auf Gedanken, die im Rahmen eines Symposions zum "Vaterbild in Kontinuität und Wandlung" (nach BAUSCHMID, 1984) formuliert wurden.

Im weiteren stellen wir kurz Aspekte der Vater-Kind-Beziehung von SLE-Patienten dar, auf die in der biographisch orientierten Literatur eingegangen wurde, und vergleichen sie mit unseren eigenen Ergebnissen. Abschließend folgt noch ein kurzer Vergleich der Beziehung der Befragten zu beiden Eltern.

1.1.2.1. Einige Aspekte der Vater-Kind-Beziehung in der Literatur

Bereits vor ca. 30 Jahren hat Melanie KLEIN darauf hingewiesen, daß das Kind schon im 6. Lebensmonat positive und negative Gefühlsbindungen an den Vater zeige (zit. nach BAUSCHMID, 1984).

Nach Verhaltensbeobachtungen des New Yorker Psychoanalytikers ABELIN (zit. nach BAUSCHMID; 1984), einem Schüler von Spitz und Piaget, entwickelt sich eine innere Vorstellung vom Vater und eine Geschlechtsidentität gleichzeitig mit der Aneignung von Sprache ca. im 15. bis 18. Lebensmonat. Die große Bedeutung des innerseelischen Vaterbildes gelte dabei auch für Kinder, die nicht mit ihren leiblichen Vätern aufwachsen.

Auch die Autorin MAHLER (1978, vgl. im Kapitel über die Mutter), die sich ausführlich mit der Interaktion von Mutter und Kind beschäftigt hat, geht auf die Beziehung zwischen Kind und Vater in ihrem Buch über die "psychische Geburt des Menschen" nur mit wenigen Zeilen ein:

Sie sieht im Vater eine Bezugsperson, die schon früh ein Liebesobjekt des Kindes wird, und die das Kind dann bereits als ein von der Mutter völlig verschiedenes Individuum wahrnimmt. In dieser Zeit bemerke das Kind außerdem die besondere Beziehung zwischen Vater und Mutter. MAHLER hebt auch die Bedeutung der Vaterbeziehung für die soziale Expansion des Kindes im Rahmen der Wiederannäherungsphase hervor, enthält sich aber ansonsten detaillierter Informationen

STORK (zit. nach BAUSCHMID, 1984) betont, daß sowohl ein repressiver, überstrenger als auch ein ich-schwacher Vater zu frühkindlichen Entwicklungsstörungen führen könne. Der Vater sei notwendig als Gegengewicht zur

Mutter, die vom Kind z. T. als allmächtig erlebt bzw. fantasiert wird. STORK vertritt die Meinung, daß es zu einer Triangulierung, also einer Beziehung zu beiden Elternteilen nach der Mutter-Kind-Symbiose, schon früher als bisher angenommen, komme. Der Vater sei dabei einerseits ein "Störenfried" der Beziehung zur Mutter, zum anderen ein "Befreier" aus der engen Bindung an die Mutter, und damit hilfreich beim frühkindlichen Prozeß der Loslösung und Individuation (vgl. Beziehung zur Mutter) des Kindes. Es gehe dabei nicht nur um eine körperliche Anwesenheit des Vaters, sondern um sein Interesse und seine emotionale Zuwendung zum Kind. STORK betont jedoch auch, daß es bei der Forderung nach einem "starken Vater" (als optimale Entwicklungsbedingung des Kindes und Gegengewicht zur Mutter) auf keinen Fall um falsch verstandene Stärke, also um "pseudovirile Werte einer Gesellschaft" gehe, die vom Patriarchat nichts hat als das trügerische Zubehör", angefangen von bürokratischer Anonymität bis hin zu Gewaltherrschaft und Folter. Es gehe vielmehr um starke Väter, die bereit seien, sich auseinanderzusetzen und zu wandeln, zärtlich zu sein und Vorbilder zu sein, an die das Kind sich halten könne.

Nach KILIAN (zit. nach BAUSCHMID, 1984) sei in der Nachkriegszeit (in der die meisten Patienten unserer Untersuchung geboren wurden), die Identifikation von Kindern mit ihren Vätern, die selbst in ihren Idealen erschüttert und schuldbeladen waren, sehr schwierig gewesen. In diesem Zusammenhang müsse nicht nur von einer "Unfähigkeit, zu trauern", sondern auch von einer "Unfähigkeit, sich zu schämen" gesprochen werden.

KILIAN sah als Vorbedingung einer ungestörten kindlichen Entwicklung die Notwendigkeit, daß die Väter Ideale hätten, und daß sie darin auch glaubwürdig seien. Er ging dabei jedoch - wie die meisten Referenten des genannten "Väter-Symposiums" - fast ausschließlich auf die Beziehung zwischen Vater und Sohn ein - Töchter wurden über weite Teile der Diskussion nicht erwähnt.

1.1.2.2. Aspekte der Vater-Kind-Beziehung von SLE-Patienten - (in der biographisch orientierten Literatur)

Bezüglich der Vater-Kind-Beziehung von später an SLE erkrankten Personen gibt es in der biographisch orientierten Literatur nur wenige Hinweise:

KREINDLER (1979), HALL (1981) und BLUMENFIELD (1978) beschäftigen sich lediglich mit der Lebenssituation kurz vor Ausbruch der Erkrankung, nicht mit der frühkindlichen Entwicklung dieser Personen.

KÄMMERER und KRÖGER (beide 1981) beschreiben den Vater der von ihnen betreuten Patientin als emotional distanziert ihr gegenüber und gleichzeitig unausgeglichen und gewalttätig (wobei die Patientin sich andererseits mit einer Leistung fordernden und bevormundenden Mutter auseinandersetzen mußte - vgl. im Kapitel über die Mutter).

SCHÖTTLER (1981) hingegen betont die schwache und bedeutungslose Stellung des Vaters in der Familie der (von ihr mehrere Jahre psychotherapeutisch betreuten) Patientin, die als Erwachsene lange Zeit in einem bewältigten Ablösungskonflikt mit der einschränkenden und gleichzeitig überfürsorglichen Mutter stand (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Mc CLARY (1955) konnte in der frühkindlichen Beziehung der SLE-Patienten seines Kollektivs zu ihren Eltern lediglich die Gemeinsamkeit feststellen, daß ein Elternteil sich gegenüber dem Kind extrem unnahbar verhielt, während der andere zu mehr emotionaler Nähe fähig war.

1.1.2.3. Diskussion eigener Ergebnisse zur Vater-Kind-Beziehung der Personen unseres Kollektivs

Vorweg muß noch einmal darauf hingewiesen werden, daß nur 23 von 24 befragten Personen eine Vaterfigur hatten, die mit ihnen in einer Familie lebte. Bei 19 Personen war das der leibliche Vater, bei 4 Personen der Stiefvater.

Im folgenden Text wird unter der Bezeichnung Vater sowohl der leibliche als auch der Stiefvater miteinbezogen.

Die Interpretation dieser Ergebnisse gestaltete sich als schwierig, da es über die Bedeutung der Vater-Kind-Beziehung bisher nur wenig Literatur

gibt. Wir wollen daher nur kurz auf einige Aspekte aufmerksam machen; sie könnten dann zum Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen werden.

Wie auch im Kontakt zu den Müttern, so war auch die Beziehung der Personen unseres Kollektivs häufig von emotionaler Distanz geprägt; lediglich wenige Ausnahmen waren die "Lieblingskinder" ihres Vaters (vgl. Ergebnisse). Zwei dieser 4 Personen wurden allerdings bereits in ihrer Jugend mit dem Tod ihres Vaters (durch Mord bzw. durch Krankheit) konfrontiert und mußten sich in der Folgezeit allein mit ihrer teils kühlen, teils unberechenbaren Mutter auseinandersetzen. Die Rolle, die der Vater für die Geschlechtsentwicklung der Befragten sowie ihre geschlechtliche Identifikation spielte, wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht näher untersucht. Es bleibt lediglich festzuhalten, daß die betroffenen Frauen bezüglich körperlicher Aktivität und Bewegung Verhaltensweisen zeigten, die in der Literatur als "männlich identifiziert" gewertet werden (über das Zutreffen dieser Bezeichnung ließe sich streiten ...).

Ein weiterer zentraler Faktor in der Beziehung zum Vater war nach Angaben vieler Befragter sein Freiraum einschränkendes Verhalten gegenüber ihnen als Kind (vgl. Ergebnisse). Die Einführung in die Objektwelt, die in der psychoanalytischen Literatur als wichtige Funktion des Vaters angesehen wird, fand wahrscheinlich nur in sehr begrenztem Umfang statt: Keine der befragten Personen äußerte sich über Freiraum gewährendes Verhalten des Vaters. Wir gehen daher davon aus, daß die "soziale Expansion des Kindes" (MAHLER, vgl. oben), die Loslösung von der Mutter und die Entwicklung von Eigeninitiative beim Kind, durch den Vater eher gebremst als gefördert wurde.

Außer diesen Verhaltensweisen der Väter gab es bei unserem Kollektiv auch Hinweise auf sog. "ich-schwache" Väter (STORK vgl. oben), z. B. alkoholabhängige Väter, die wenig zuhause waren und sich wenig um ihre Kinder kümmerten.

Es fiel uns die bemerkenswerte Tatsache auf, daß insgesamt neben Freiraum einschränkenden Verhaltens der Väter am häufigsten ihre Abwesenheit genannt wurde. Es ist daher zu vermuten, daß sich eine große Anzahl der Väter dem Kontakt zu ihren Kindern nach Feierabend entzog, oder auf Kontaktwünsche ihrer Kinder mit Zurückweisung auf Eigeninitiative mit Bevormundung und

Kontrolle reagierte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Verhalten der Väter (nach STORK - vgl. oben) prädestinierend für frühkindliche Entwicklungsstörungen war.

1.1.2.4. Vergleich mit der Beziehung zur Mutter - (eigene Ergebnisse)

Beim Vergleich des Bildes beider Elternteile miteinander (anhand der Gesprächsprotokolle) fällt auf, daß am häufigsten der Mangel an Zärtlichkeit und die Einschränkung des Freiraumes durch die Eltern beklagt wurde; dabei wurden beide negativ bewerteten Verhaltensweisen häufiger bezüglich der Mütter als der Väter der Patienten berichtet.

(Vgl. im Ergebnisteil: wenig Zärtlichkeit: 13 Mütter, 9 Väter; einschränkendes Verhalten: 16 Mütter, 9 Väter). Im Zusammenhang mit der Beziehung zum Vater wurde hingegen häufiger als bei der Mutter die Abwesenheit des Vaters beklagt.

Es ist daher zu vermuten, daß die Patienten in ihrer Kindheit in mehreren Phasen der Persönlichkeitsentwicklung bezüglich Loslösung und Individuation stark behindert waren:

- in der Übungsphase durch starke Kontrolle von einem oder beiden Elternteilen
- in der Wiederannäherungsphase durch Trennungserfahrungen oder ungenügende emotionale Zuwendung von einem oder beiden Elternteilen. Dies geschah in einer Entwicklungsperiode, die aufgrund der ambivalenten Tendenzen des Kindes von Trotz, Wutanfällen und Wunsch nach Nähe besonders schwierig zu bewältigen war, und in der es von seinen Eltern besonders viel positive Rückkoppelung und Angenommen-sein gebraucht hätte.

1.1.3. Aspekte der Persönlichkeit, Verhaltensweisen und Beziehung zum sozialen Umfeld von Personen mit SLE-Erkrankung

1.1.3.1. Ergebnisse der biographisch orientierten Literatur

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, daß an SLE erkrankten Personen in ihrer Beziehung zu sich selbst, in ihren Verhaltensweisen und in ihrer Interaktion mit anderen Menschen auffällige Gemeinsamkeiten zeigen:

Zwei Autoren (KÄMMERER, 1981 und Mc CLARY, 1955) berichten eine starke Orientierung von an SLE erkrankten Personen an sozial erwünschten Verhaltensweisen und Normen wie Pflichtbewußtsein und Zuverlässigkeit, welche lebensgeschichtlich durch die frühe Übernahme von Verantwortung (z. B. Forderungen einer kranken Mutter, Versorgung kleiner Geschwister) vorgezeichnet sein können (KÄMMERER, 1981).

Bei einer Reihe von Personen fiel Mc CLARY (s. o.) und Mitarbeitern ein starker Aktivitätsdrang und eine regelrechte Unruhe bei Untätigkeit auf, die mit einem intensiven Unabhängigkeitsstreben verbunden waren. Bereits in der Kindheit neigten diese Personen zu Hyperaktivität, im späteren Leben spielten körperliche Bewegung und überangepaßtes Leistungsverhalten (z. B. im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit - siehe später) eine wichtige Rolle.

Weiterhin wurde eine starke Verleugnungstendenz von Angst und persönlichen Problemen (Mc CLARY - s. o.) sowie eine Neigung zu depressiven Verstimmungen und Schuldgefühlen (KRÖGER, 1981 und KÄMMERER, 1981) beobachtet. Gemeinsam mit diesem Gefühl, schuldig zu sein, können an SLE erkrankte Personen auch ausgeprägte, von magischen Vorstellungen bestimmte Ängste entwickeln, wenn sie sich selbst etwas Gutes tun; so, als sei das zu tun, mit einem Fluch verbunden (Mc CLARY, 1955).

An SLE erkrankte Personen zeigten außerdem eine ausgeprägte Unfähigkeit, ihre Gefühle wahrzunehmen (SCHÖTTLER, 1981) oder zumindest eine Unfähigkeit, ihren Gefühlen einen deutlichen Ausdruck zu verleihen. So fiel

einer Gruppe von Autoren (Mc CLARY, 1955 - e. a.) im Kontakt mit ihnen ein extremer Grad von Künstlicher Freundlichkeit auf, der in starkem Kontrast zu einem traurigen Gesichtsausdruck und einer angespannten Körperhaltung stand.

Sowohl im Umgang mit Ängsten als auch mit ihrem Körper war in Einzelfällen der Abwehrmechanismus der Abspaltung auffällig (KÄMMERER, KRÖGER - s. o.), der sich unter belastenden Situationen in Richtung einer Persönlichkeitsspaltung entwickeln konnte. Neben diesem Mechanismus der Abspaltung konnte gleichzeitig auch ein Unvermögen dieser Personen existieren, eine klare Grenze zwischen sich selbst und anderen zu ziehen (KÄMMERER).

Mehrere Autoren (Mc CLARY, KÄMMERER, KRÖGER und SCHÖTTLER - s. o.) beobachteten bei SLE-Patienten stark ambivalente Tendenzen von Hinwendung und Rückzug von den nahestehenden Personen ihrer Lebensgeschichte und ihres aktuellen sozialen Umfeldes (z. B. Eltern, Partner).

So beschreibt SCHÖTTLER (s. o.) den Zwiespalt der von ihr betreuten, schwer in ihrer frühkindlichen Entwicklung gestörten Patientin: Extrem ambivalente Tendenzen von Angst vor Nähe bei gleichzeitiger Angst vor Trennung und Verlassenwerden bestimmen die Beziehung dieser Frau zu nahestehenden Personen der Lebensgeschichte.

Als wesentliches Kennzeichen der Beziehung zu anderen Menschen wird außerdem eine ausgeprägte Helferhaltung bezeichnet, die die z. T. als fluchbelastet erlebte Beschäftigung mit sich selbst (s. o.) zugunsten eines eher an den Problemen von anderen orientierten Verhaltens vermeiden hilft (Mc CLARY - vgl. auch SCHMIDBAUER: "Die hilflosen Helfer", 1978).

Die Verleugnungstendenz, die die Patienten im Zusammenhang mit ihren Ängsten zeigen (s. o.), war auch in Konfliktsituationen wirksam (Mc CLARY); Ärger wurde verleugnet oder durch Rückzug vermieden.

1.1.3.2. Diskussion unserer Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

Die Ergebnisse unserer Untersuchung bestätigen im wesentlichen die Befunde der oben zitierten Autoren, auch wenn wir nur einen Teil der dort behandelten Aspekte näher betrachteten. Eine weitgehende Untersuchung würde den

Rahmen dieser Arbeit sprengen und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

In Übereinstimmung mit den oben zitierten Autoren war bei einem Drittel der Personen unseres Kollektivs eine starke Orientierung an den Normen von Zuverlässigkeit und Pflichterfüllung festzustellen. In Einzelfällen waren diese Personen schon früh in ihrer Kindheit von ihren Müttern zur Übernahme von Verantwortung für Haushalt und die Versorgung ihrer jüngeren Geschwister herangezogen worden.

Der starke Drang zu körperlicher Bewegung ist bei zwei Drittel der Befragten unseres Kollektivs (wie auch bei den Untersuchungen anderer Autoren, s. o.) ein hervorstechendes Merkmal von SLE-Patienten. Physische Aktivität wird von ihnen als Ausdruck von Unabhängigkeit (vgl. auch reisen, Autofahren) als Chance zu Ablenkung von seelischen Problemen und Entspannung bei innerer Verkrampfung gesehen, als Möglichkeit, sich Druck-Situationen zu entziehen und an eigene Grenzen vorzustoßen.

Neben körperlicher Bewegung und Aktivität sind außerdem - wie auch in der zitierten Literatur - Ruhelosigkeit, angespannte Körperhaltung und ein Bedürfnis nach Kontrolle (sowohl des eigenen Körpers als auch von neuen, ungewohnten Situationen eine typische Verhaltensweise von an SLE erkrankten Personen (17 Personen, mehr als zwei Drittel des Kollektivs).

In diesem Zusammenhang ist nach unserer Meinung auch die Funktion der Erwerbstätigkeit von entscheidender Bedeutung, die in der Literatur bisher wenig beachtet wurde.

Bezahlter Arbeit nachzugehen ist für die von uns befragten Personen - unter ihnen v. a. für die Frauen des Kollektivs - neben der Chance, aktiv zu sein (s. o.) und das Selbstwertgefühl zu stabilisieren auch eine Möglichkeit, ihren ambivalenten Tendenzen gerecht zu werden: der Suche nach Kontakt zu Menschen bei gleichzeitiger Angst vor Nähe und der Einschränkung von Freiraum.

Die Berufstätigkeit ist für eine Vielzahl von an SLE erkrankten Personen in ihrer Lebensgeschichte vor Ausbruch der Erkrankung die Gelegenheit, sich den einschränkenden Einflüssen des Elternhauses zu entziehen. Zugleich ergeben sich für die Personen, die sich selbst als Einzelgänger und Eigen-

brötler bezeichnen, durch die Berufstätigkeit am ehesten Situationen, bei denen sie mit anderen Menschen in Kontakt kommen und dabei weder Angst vor einem zu tiefen Einlassen haben müssen, noch anderen Konfliktmöglichkeiten "näherer" Beziehungen ausgesetzt sein müssen (vgl. auch Helferhaltung der Personen unseres Kollektivs).

Auffällig ist weiterhin, daß die Personen, die sich zur Wichtigkeit von Erwerbstätigkeit in ihrem Leben äußern, ausschließlich Frauen sind - von den erwerbstätigen Männern äußert sich keiner zu diesem Thema.

Bemerkenswert ist weiterhin, daß die Hälfte der Befragten nach einem Zeitraum an SLE erkrankten, in dem sich Probleme im Zusammenhang mit ihrer Arbeit ergeben hatten. Voraus ging häufig eine Zeit starker körperlicher Überlastung, eine Zeit von Untätigkeit im Urlaub (nach starker Anspannung in der Arbeitssituation) oder unbewältigte Konfliktsituationen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (vgl. Lebenssituation vor Krankheitsausbruch).

1.2. Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn -

Interpretationsmöglichkeiten zur Bedeutung der Erkrankung im Leben von SLE-Patienten

Die Grundlage unserer Beschäftigung über Zusammenhänge von Biographie und Erkrankung von Personen an SLE (als Beispiel einer Autoimmunerkrankung) bildet ein Gedanke, den der 1980 von einem Patienten erschossene Professor Dieter Beck in seinem erst 1985 erschienen Buch so zusammenfaßt:

" Der lebensgeschichtliche Augenblick (in dem eine Erkrankung ausbricht - d. Verf.) ist bei chronischen Leiden viel weniger dramatisch als bei akuten Erkrankungen, etwa einer Grippe oder einem Unfall.

Bei chronischen Leiden sind es rezidivierend auftretende Konflikte, auf die der Patient mit einem Körperleiden antwortet, und es ist oft schwierig, diese Krankheiten zu erfassen, wie z. B. den Abgrenzungskonflikt unserer Patientin gegenüber der Mutter".

" Wenn es dem Arzt gelingt, ... offen zu sein für diesymbolische Sprache der akuten Körperkrankheit, dann wird er durch das Verständnis zu einem Mitbeteiligten, der den Patienten begleitet und ihn nicht verläßt, auch wenn die Krankheit der Beginn eines langen menschlichen Dramas ist". (BECK, 1985 - S. 57)

In den folgenden Kapiteln werden mögliche Zusammenhänge von Biographie und Erkrankungsbeginn an SLE im Vergleich mit der Literatur diskutiert (2.1. bis 2.3.).

Es werden außerdem Hypothesen zum Erkrankungsbeginn an SLE aufgestellt, der der Ausgangspunkt künftiger Untersuchungen sein könnten (2.4.).

1.2.1. Verlusterlebnisse als psychosozialer Stressor bzw. Trauma - Hinweise aus Streßforschung und psychoanalytischer Forschung

Nach übereinstimmender Meinung von psychoanalytischer Forschung und psychosozialer Streßforschung (vgl. im Literaturkapitel) gehören Verlusterlebnisse zu den belastendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen; denn sie haben möglicherweise (entsprechend den Vor-Erfahrungen des Individuums) gravierenden Einfluß auf die Regulation seines Selbstwertgefühl.

Bei diesem Erlebnis kann es sich um einen tatsächlichen, drohenden oder symbolischen Verlust eines "Objektes" handeln; dieses "verlorene Objekt" (das "emotional besetzte Objekt" bzw. "Schlüsselobjekt" - entsprechend der beiden Sprachregelungen - vgl. im Literaturkapitel) kann eine Person, eine Sache oder ein Lebensraum sein, es kann sich um eine erzwungene Umstellung von Lebensweisen oder das Abhandenkommen von Lebenszielen handeln.

Wenn das Individuum die Verlusterfahrung aufgrund seiner ganz spezifischen Voraussetzungen nicht bewältigen kann (durch "Trauerarbeit" bzw. durch positive Streßbewältigung im "Coping") reagiert es mit Gefühlen von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit in einer Weise, die als depressive Reaktionsweise (Psychoanalyse) bzw. als "giving-up-given-up-complex" (Streßforschung) bezeichnet wird. In diesem Zustand ist eine Person anfälliger für Erkrankungen, sodaß der giving-up-complex als "fördernde Bedingung" ("permissive setting" - erstmals von SCHMALE, 1972 beschrieben) inzwischen als Vorläufer zahlreicher Erkrankungen festgestellt wurde (vgl. in der einschlägigen Literatur).

In dieser Arbeit verzichtet die Autorin auf Deutungen (da nicht psychoanalytisch ausgebildet) und auch auf die Feststellung eines "giving-up-

complex" (da nicht in der Streßforschung tätig).

Es werden in dieser Untersuchung jedoch Hinweise dafür gesammelt, daß eine Anzahl von chronischen und aktuellen Konfliktsituationen starke Belastungen für die betroffenen Personen darstellen. In Übereinstimmung mit der entsprechenden biographisch orientierten Fachliteratur stellen wir die Hypothese auf, daß diese Gesamtsituation der befragten SLE-Patienten eine "fördernde Bedingung" für eine Manifestation ihrer Erkrankung darstellt.

1.2.2. Biographie und Erkrankungsbeginn an SLE - ein Vergleich mit der Literatur

In Übereinstimmung mit den Autoren, die die Erkrankung an SLE im Zusammenhang mit der Biographie der betroffenen Personen betrachten, kommen wir bei der Beurteilung unserer Ergebnisse zu dem Schluß, daß diese Erkrankung (nachweisbar bei zwei Drittel der Personen unseres Kollektivs) häufig in Korrelation mit lebensgeschichtlichen Belastungen auftritt.

Beim Vergleich von anderen Untersuchungen über den Krankheitsbeginn bei SLE-Patienten mit unseren Ergebnissen muß einschränkend außerdem darauf hingewiesen werden, daß es sich in fast allen biographisch orientierten Untersuchungen um Patienten mit einer Ersterkrankung bzw. einer Verschlimmerung v. a. von "neuropsychiatric symptoms" der SLE-Symptomatik handelt. Dabei muß ferner beachtet werden, daß in der englischsprachigen Fachliteratur mit dieser Bezeichnung ("psychiatric manifestations") keine Unterscheidung zwischen psychischen Auffälligkeiten im Sinne einer sog. "neurotischen Störung" (z. B. einer reaktiven depressiven Verstimmung) und einer psychiatrischen Erkrankung im Sinne einer sog. psychotischen Störung der Persönlichkeit handelt (vgl. "psychische Auffälligkeiten" im Grundlagen-Kapitel). Im Gegensatz dazu stehen bei unserem Kollektiv für fast alle Personen (22 von 24) Gelenkbeschwerden und Hauterscheinungen als Erstsymptome einer SLE-Erkrankung im Vordergrund des klinischen Beschwerdebildes. Die Übertragung der Interpretationsversuche anderer Autoren auf die Personen unseres Kollektivs muß daher kritisch geprüft werden.

Wir berücksichtigen hierbei nicht die mögliche Bedeutung von organischen Faktoren (wie genetischen Dispositionen, medikamentöser Beeinflussung etc.)- dies soll anderen Forschungsvorhaben überlassen bleiben (vgl. Ätiologieforschung in Büchern von DUBOIS, 1976 und KELLY, 1981 u.a.).

Zwei Gruppen von Autoren beschäftigen sich mit dem Zusammenhang von lebensgeschichtlichen, subjektiv belastenden Erfahrungen und dem Erkrankungsbeginn bzw. der Krankheitsverschlimmerung bei SLE-Patienten:

- Ein Autor (HALL, 1981) erwähnt dieses Thema nur am Rande; entsprechend unspezifisch sind seine Ergebnisse.

Mehr als die Hälfte der von ihm untersuchten Personen (das Gesamtkollektivs bilden 19 Personen) äußerten sich im Gespräch zu körperlich oder emotional belastenden Ereignissen im Zeitraum vor einer Verschlimmerung ihrer Beschwerden durch die Grundkrankheit SLE, wobei er diese nicht näher bezeichnet - keinen genauen Zeitraum angibt. Zeiten starker Symptomverschlimmerung waren v. a. längerdauernde Ferien und die Zeit um das Weihnachtsfest. Der Autor geht hierbei allerdings nicht näher auf die mögliche Bedeutung dieser beiden Zeiträume für das Leben der befragten Personen ein.

In unseren Ergebnissen haben wir Zusammenhänge zwischen dem Weihnachtsfest, einem traditionellen Familienfest, sowie zwischen dem Urlaub (als Zeitraum für mögliche Muße und Entspannung) mit dem Erkrankungsbeginn nicht näher untersucht. Auf Bedeutung der Familienbindung sowie der körperlichen Aktivität für die von uns befragten Personen wollen wir später noch ausführlich eingehen.

- Eine Gruppe von Autoren beschäftigt sich näher mit den möglichen Hintergründen der Erkrankung an SLE:

KREINDLER (1970), BLUMENFIELD (1978) und HALL (1981) beziehen sich dabei nur auf die Lebenssituation kurz vor Krankheitsausbruch, während Mc CLARY (1955), SCHÖTTLER, KÄMMERER und KRÖGER (alle 1981) ihre Deutungsversuche vor dem Hintergrund der frühkindlichen Erfahrungen der befragten Personen formulieren. (Auch unsere Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Kindheit interpretiert).

Nach KREINDLER, KÄMMERER und KRÖGER (vgl. oben) ist eine Hirnbeteiligung im Rahmen der Grunderkrankung an SLE an der Auslösung einer Erkrankungsverschlimmerung bzw. einer Erstmanifestation der Erkrankung möglich; diese Autoren halten

jedoch die Biographie dieser Personen für den wesentlichen auslösenden Faktor.

Alle oben genannten Autoren sehen die Erkrankung an SLE in zeitlichem und konditionalem Zusammenhang mit einschneidenden Erlebnissen der erkrankten Personen, die sich vor Beginn der Krankheit (oder eines neuen Krankheits-schubs) ereigneten und die in ihnen einen Zustand von Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit (vgl. oben) hervorriefen und ihre Abwehrmechanismen versagen ließen.

BLUMENFIELD (1978) bewertet einen schwierigen Realitätsbezug und eine schwache Ich-Abwehr als Vorbedingung für eine akute psychische Dekompensation im Rahmen von persönlichen Verlusterlebnissen (die zu einem giving-up-complex geführt hatten).

KÄMMERER und KRÖGER (beide 1981) beurteilen ambivalente Tendenzen in persönlichen Beziehungen seit der Kindheit, einen starken Abspaltungsmechanismus bei der Verarbeitung von Verlusterlebnissen sowie eine zusätzliche Verwirrung der Selbst-Begrenzung (durch eine Schwangerschaft) bei der lange von ihnen betreuten Patientin als wichtigste Faktoren für die Auslösung einer akuten psychischen Dekompensation (hier: eine Persönlichkeits-spaltung) als Erstsymptom der SLE-Erkrankung. Auch stark ambivalente Tendenzen der Patientin gegenüber ihrem eigenen Körper spielten dabei nach Meinung der Autoren eine wesentliche Rolle.

KREINDLER (1970) sah eine Verschlimmerung der SLE-Symptomatik nach einem Zusammenbruch der Abwehrmechanismen von Rationalisierung und Verleugnung (die der von ihm betreuten Patientin vertraut waren, die aber durch eine ganze Reihe von sehr belastenden Verlusterlebnissen überfordert waren) und schließlich in einen Zustand von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führten. Die Verschlimmerung der SLE-Erkrankung zeigte sich bei der Patientin nach einer sieben Jahre dauernden Phase von stabiler Gesundheit in Verfolgungsideen und koenaesthetischen Empfindungen.

Der Autor widerspricht im übrigen eindeutig der Einschätzung von Psychiatern, die sich bei der von ihm betreuten Patientin auf die Diagnose eines

akuten "Hirnsyndroms" im Rahmen der SLE-Erkrankung festlegten, und sieht die Differentialdiagnose zwischen einer "Katanonischen Reaktion" und einer "Katastrophen Reaktion" in Anbetracht der schwierigen Lebensumstände der Patientin als weiterhin ungeklärt.

Nach Mc CLARY (1955) bewirkten Verlust- und Trennungserfahrungen vor Krankheitsbeginn bei Personen, die solche Erfahrungen häufig in ihrer Kindheit gemacht hatten, eine Wiederbelebung alter Abwehrmuster, die sich in physischer Überaktivität und Unabhängigkeitsstreben zeigten. Eine Überforderung dieser Abwehrmechanismen bei gleichzeitiger aggressiver Hemmung und Angstverleugnung führte bei den Personen seines Kollektivs zuerst zu einer Übersteigerung dieser Formen der Abwehr: zu gesteigerter Hilfeleistung für den anderen Menschen, körperliche Hyperaktivität und Ruhelosigkeit, zu gesteigerter Angstverleugnung bei gleichzeitigen magischen Ängsten davor, sich selbst etwas Gutes zu tun. Schließlich reagierten die Befragten über einen Circulus Vitiosus von gesteigerter Anspannung mit starken Gelenkschmerzen, die von Mc CLARY (und Mitarbeitern) als Selbstbestrafung der Patienten für aggressive Impulse gegen das verlorene Liebesobjekt gedeutet wurden. Dieser Verlust rief (laut Mc CLARY) in ihnen ähnliche Gefühle hervor wie Verlusterfahrungen mütterlicher Liebe. In beiden Fällen waren in der Beziehung zur "verlorenen" Person stark ambivalente Gefühle von Nähewünschen bei gleichzeitiger Angst vor Nähe wirksam, die mit Schuld- und Schamgefühlen abgewehrt wurden.

SCHÖTTLER (1981) betont ebenfalls die Bedeutung dieser beiden ambivalenten Tendenzen von Nähewünschen und Trennungsangst bei zugleich vorhandener Angst vor Nähe, die auf dem Boden einer gestörten Ich-Entwicklung entstanden seien. Bedeutsame Erfahrungen von Nähe oder von Trennung würden aufgrund mangelhaft entwickelter Ich-Abwehrmechanismen nach dem Prinzip der Alexithymie in körperlicher Weise verarbeitet und sich als neuer Schub der Erkrankung manifestieren.

Die Psychoanalytiker Mc CLARY (und Mitarbeiter), sowie SCHÖTTLER (vgl. beide oben) haben die stark unbewußten Anteile hervor, die bei den von ihnen betreuten SLE-Patienten an der Verarbeitung von einschneidenden Verlust-erlebnissen beteiligt sind: so erinnerte sich die von SCHÖTTLER betreute SLE-Patientin erst nach drei Therapiejahren an das Verlusterlebnis, das

ihrer Erkankung vorangegangen war. Nach der Bearbeitung der Themen "Nähe" und "Trennung" kam es bei der Patientin jedes Mal zu einer akuten Verschlechterung ihres sonst stabilen Gesundheitszustandes (vgl. auch in der Diskussion über die Kindheit).

1.2.3. Biographie und Erkrankungsbeginn -

Diskussion der Ergebnisse unserer Untersuchung

Nach unserem Eindruck reicht die Beschäftigung mit der Lebenssituation im Zeitraum kurz vor Erkrankungsbeginn für eine umfassende Betrachtung der Zusammenhänge von Biographie und Erkrankung an dieser unter Umständen lebensbedrohlichen, tiefgreifenden Störung der Immunabwehr nicht aus.

1.2.3.1. Kindheit - Beziehung zu den Eltern

In Anlehnung an psychoanalytische Erkenntnisse (z. B. MAHLERs Beobachtungen der Mutter-Kind-Beziehung, 1978) sowie an die Theorie einiger Erforscher von psychosozialem Streß (z. B. SCHMALE, 1972) sind wir der Meinung, daß die Basis der oben geschilderten inadäquaten Verarbeitung belastender lebensgeschichtlicher Erfahrungen die persönliche Entwicklungsgeschichte jeder betroffenen Person ist.

In den Phasen der frühkindlichen Entwicklung, nach MAHLER sog. Subphasen (vgl. oben) bilden sich jeweils unterschiedliche Funktionen aus: die Differenzierung des Körperschemas (die allmähliche Unterscheidung von Grenzen des eigenen Körpers, sowie zwischen Ich und Nicht-Ich) in der ersten Subphase, aufrechter Gang und erste Schritte weg von der Mutter in der Übungsphase, der zweite Subphase. Die dritte Subphase, die Wiederannäherungsphase bildet den Höhepunkt des Loslösungsstrebens von der Mutter und gleichzeitiger Trennungsangst. In dieser Phase reagiert das Kind besonders sensitiv auf Trennungserfahrungen von seiner Hauptbezugsperson, der Mutter (ca. vom 18. bis 24. Monat).

Für den Streßforscher SCHMALE, 1972 steht als besonders für Trennungsverfah-

rungen sensible Zeit ein früherer Zeitraum im Vordergrund (vom 9. bis 16. Lebensmonat), in dem das sog. "Urvertrauen" zerstört werden kann.

Wie im Kapitel über die frühe Kindheit deutlich wird (vgl. oben) war die emotionale Atmosphäre, in der die später an SLE erkrankten Personen aufwuchsen, bei allen Personen unseres Kollektivs, die sich dazu offen äußerte, keine optimale Bedingung für eine ungestörte frühkindliche Entwicklung: die Befragten schilderten ein "emotional kaltes Klima" der Kindheit (bei distanziert-kühlem Verhalten von einem oder beiden Elternteilen) oder eine einschränkende, kontrollierende und bevormundende Atmosphäre des Elternhauses. Ein Teil der Personen war außerdem über unterschiedlich lange Zeiträume von einem oder beiden Elternteilen getrennt.

1.2.3.2. Chronifizierte Konfliktsituationen

Auf der Basis dieser Erfahrungen entwickelten sich diese Kinder zu Erwachsenen, bei denen ambivalente Tendenzen im Vordergrund ihrer Beziehung zur Umwelt standen (vgl. auch MAHLERs Bemerkungen zur Entwicklung von ambivalentem Verhalten in der Wiederannäherungsphase - vgl. oben): Ablösungskonflikte von den Eltern (bei mehr als der Hälfte der Befragten unseres Kollektivs - 14 von 24 Personen - sowie chronifizierte konfliktträchtige Beziehungen zu ihren Lebenspartnern - von 22 erwachsenen Personen waren 17 verheiratet, 14 hatten chronifizierte Partnerkonflikte -). In diesen typischen Beispielen von ambivalenten Beziehungen zeigte sich einerseits Angst und Nähe (12 Personen bezeichneten sich als Einzelgänger), andererseits Angst vor Trennung - ein Nicht-losgelassen werden und Nicht-loslassen-können. Auf der Basis dieser ambivalenten Grundtendenzen gelang über Jahre hinweg weder eine innere Loslösung und Abgrenzung von den Eltern noch eine Trennung vom Ehepartner oder Lebensgefährten (trotz jahrelang häufig verfahrenerehesituation).

1.2.3.3. Bedeutung von Aktivität und körperlicher Bewegung

Nach unserer Meinung (in Anlehnung an Mc CLARYs Ergebnisse - vgl. oben) werden diese ambivalenten Tendenzen von den SLE-Patienten kompensiert durch Überaktivität

- im Rahmen von körperlicher Bewegung
- im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit.

Diese beiden Kompensationsmöglichkeiten bieten einer Mehrheit der befragten Personen (vgl. im Ergebnisteil) eine Erfüllung vieler Bedürfnisse; dies gilt sowohl für die Beziehung zu anderen als auch zum eigenen Selbst.

- In der Interaktion mit anderen Personen bieten körperliche Bewegung und Kontakte im Berufsleben die Möglichkeit, sich die anderen "vom Leib zu halten", zumal in einer Helferfunktion (wie 8 Personen des Kollektivs) ⁵⁾ Beide Tätigkeiten (Arbeit und Bewegung) können auch eine Distanz in der problematischen Beziehung zu den Eltern, v. a. zur Mutter schaffen, indem sie einerseits Bewegungsfreiheit (im Sinne des Wortes), sowie finanzielle Unabhängigkeit ermöglichen. Zum anderen bringen sie Ablenkung von der emotionalen Kälte zuhause und lassen Konfliktsituationen durch Flucht in Arbeit oder ins Freie vermeiden.
- In der Beziehung zum eigenen Selbst bilden beide Tätigkeiten Ablenkung von depressiven Stimmungen und Entspannung und werden von manchen Personen als regelrechte Therapie bei innerer Anspannung genutzt. Sie bieten außerdem die Möglichkeit, die eigenen "Grenzen" kennenzulernen, sich selbst zu erfahren. Wegen der wenig liebevollen Beziehung zum eigenen Körper wird der Körper von ihnen eher überfordert und geschunden, als pfleglich behandelt. So sagt eine Patientin über das Bergsteigen - trotz Gelenkschmerzen (!):

" Wenn ich dann oben bin, dann bin ich zwar körperlich am Ende, aber seelisch gehts mir gut ...". (Patientin 17)

⁵⁾ Dies erinnert an die Beobachtung von Mc CLARY (1955, vgl. oben): Die von ihm betreuten Personen zeigten eine fast magische Angst davor, sich selbst etwas Gutes zu tun - aus einem Erfinden heraus, das eine Patientin so formulierte:

" Es ist, als ob ein Zauber bräche, wenn ich es täte und etwas Boses würde geschehen ...". (Übers. d. Verf.)

1.2.3.4. Aktuelle Konfliktsituationen

Diese Konfliktsituationen, die durch Arbeit und Bewegung als Coping-Mechanismen bewältigt wurden, chronifizieren bei den befragten Personen über Jahre hinweg. Beim Hinzutreten von neuen Belastungen in Form aktueller Konflikte (z. B. Hausbau und Schwangerschaft bei chronisch ambivalenter Partnerbeziehung) spitzt sich die Lage zu, die Patienten werden in ihren Abwehrsystemen / Copingmechanismen überfordert.

Solche aktuellen Belastungen, in der Regel im Zusammenhang mit Konfliktsituationen ergeben sich bei den Personen unseres Kollektivs in verschiedenen Bereichen:

- am Arbeitsplatz oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit
- in Beziehungen mit nahestehenden Personen
- im Rahmen von Wohnort- oder Wohnungswechsel.

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der Erwerbstätigkeit für die Mehrheit der Befragten (14 Personen) sind Arbeitslosigkeit, Wechsel an einen anderen Arbeitsplatz, Aufgabe der Erwerbstätigkeit wegen Heirat und Konflikte am Arbeitsplatz (mit drohendem oder fantasiertem Verlust der Arbeit) einschneidende lebensgeschichtliche Ereignisse, die durchaus in Richtung eines "giving-up-complex" wirksam sein könnten (bei 7 Personen).

Die Erkrankung weiterer Personen nach körperlicher Überforderung oder in Zeiten von Ruhe und Entspannung im Urlaub zeigt eine Bestätigung von Mc CLARYs Thesen (1955), wonach die Abwehrsysteme der SLE-Patienten nach Konfliktlösungsversuchen durch körperliche Überaktivität zusammenbrechen, bzw. Ruhe und Entspannung als fluchbeladen und bedrohlich erlebt wird (vgl. oben).

Die Konfliktsituationen im Zusammenhang mit Wohnungs- oder Ortswechsel beinhalten bei 4 von 6 Personen, die alle aus ihrem Elternhaus ausziehen, einen Schritt weg von den Eltern, bzw. der Mutter. Dieser Schritt wird möglicherweise von diesen zu Schuldgefühlen neigender, in den meisten Fällen in einem chronischen Ablösungskonflikt von den Eltern gefangenen Personen

unseres Kollektivs als schuldhaft beladenes Eigeninteresse interpretiert. Diese 4 Personen, alle Frauen, ziehen wegen einer Ausbildung (2 Frauen), bzw. wegen ihrer Heirat (2 Frauen) aus.

Drei Personen, 3 Frauen, erleben Konfliktsituationen im Zusammenhang mit dem Tod einer Person. Wir vermuten, daß alle 3 Frauen in dieser Lebenssituation Gefühle von Versagen hatten, und sich am Tod dieser Personen mehr oder minder schuldig fühlten:

- 1 Frau hatte sich schon vor langen Jahren aus ihrer einengenden Mutterbindung in ein fernes Land abgesetzt (vgl. im Anhang: Patientin 4). Als die Mutter schwer erkrankt und im Sterben liegt, holt sie sie über tausende von Kilometern zu sich.
- 1 Frau, die ihre minderjährige Schwester wohl zum Üben ans Steuer gelassen hatte und selbst als Beifahrerin im Unfallwagen saß, verfiel nach deren Unfalltod in eine tiefe Depression (vgl. im Anhang: Patientin 24).
- 1 Frau brachte ein Kind als Frühgeburt zur Welt, und meinte auch Jahre später noch voll Verzweiflung:

" Ich hab' das Kind nicht mehr halten können ...".

Zu einer aktuellen Krise kann es auch kommen, wenn Streit und Auseinandersetzung en nicht nach dem gewohnten Muster der Konfliktbewältigung der Befragten - z. B. durch Verleugnung, Verdrängung oder Flucht vor aggressiv getönten Situationen - reagieren können, und zugleich eine ambivalente Beziehung zu diesen Personen oder Ängste bezüglich weiterer Folgen dieser Auseinandersetzung (z. B. Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis) bestehen.

- So hat eine Frau (Patientin 2) eine - eher fantasierte - Angst vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes, als sie in einer Auseinandersetzung mit ihrem Vorarbeiter die Beherrschung verliert (vgl. auch im Anhang). In eindrucksvoller Weise dokumentiert sie ihre Ambivalenz von Flüchten und Bleiben in der Konfliktsituation im Gespräch:

" Das Schlimmste war, daß ich nicht wegkonnte, nicht weglaufen konnte ... Das Schlimmste an dem Streit war die Enge, ich konnte nicht aus. Ich weinte soviel und dachte, ich kann es r'ausweinen, aber es ging nicht. So was darf mir nicht mehr passieren, das geht über meine Stärke."

Abschließend sei noch auf einen eindrucksvollen Traum hingewiesen, der im

Zusammenhang mit der Lebensgeschichte der betreffenden Person (Patientin 22 - vgl. im Anhang) verständlich wird:

" Ich träume viele blöde Träume. Ich flieg' oft r'unter, schrecke auf.
Als Kind war das schon Oder ich lauf' und lauf' und komm' nicht weiter ...".

1.2.4. Hypothesenbildung als Ausgangspunkt für künftige Untersuchungen

Basierend auf einer Diskussion unserer Ergebnisse im Vergleich mit der biographisch orientierten Literatur über Personen mit der Diagnose SLE, sowie in Anlehnung an die Thesen von MAHLER (1978) über die frühkindliche Entwicklung entwickeln wir folgende Hypothesen, die Gegenstand künftiger Untersuchungen sein könnten:

- Die von uns befragten Personen mit der Diagnose SLE zeigen alle - unterschiedlich stark - Hinweise auf Entwicklungsstörungen in jeder von MAHLER beschriebenen frühkindlichen Entwicklungsstufe nach der symbiotischen Phase (die symbiotische Phase selbst wurde weder von MAHLER noch im Rahmen dieser Untersuchung berücksichtigt).
Bei den Personen unseres Kollektivs fallen gehäuft Verhaltensweisen auf, die nach MAHLER (vgl. oben) bestimmten Entwicklungsphasen zuzuordnen sind:
- ambivalentes Verhalten - typisch für die Wiederannäherungsphase (die 3. Subphase der frühkindlichen Entwicklung zu Loslösung und Individuation)
- Flucht und Bewegung - typisch für die Übungsphase (die 2. Subphase) (Frühere Störungen, die bei den SLE-Patienten höchstwahrscheinlich auch eine wichtige Rolle spielen - z. B. Störungen der Grenzziehung zwischen sich selbst und anderen Personen - konnten bei dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Denn sie entziehen sich weitgehend sprachlicher Vermittlung, und sind daher durch unsere Methode anhand der Gesprächsprotokolle kaum faßbar)
- Durch bedrohlich erlebte Erfahrungen (vgl. "conception of threat", (KELLY, 1972 - im Kap. über psychosozialen Streß) werden die Abwehrme-

chanismen überfordert. Dies geschieht häufig in Konfliktsituationen im Zusammenhang mit drohenden oder tatsächlichen Verlusterlebnissen sowie Trennungserfahrungen:

In diesen Konfliktsituationen verstärken sich die seit Kindheit bestehenden ambivalenten Tendenzen (z. B. von Nähewünschen und Angst vor zu großer Nähe), sowie Tendenzen zu flüchten und zu bleiben.

Sie können in diesen Situationen aber nicht in der bisher vertrauten Weise aufgelöst werden, da der Konflikt verinnerlicht ist bzw. in der Situation eine Flucht nicht möglich scheint.

- Zusätzlich ist bei vielen Personen unseres Kollektivs eine Belastung durch chronisch schwelende Konfliktsituationen gegeben, die ihr inneres Gleichgewicht labilisierten.
- In dieser Situation kommt es möglicherweise (nach Thesen von KREINDLER, 1970; KÄMMERER, 1981; KRÖGER, 1981 u. a. zu einer akuten Überforderung dieser Personen, die evtl. in Form einer psychischen Dekompensation, oder in Form einer Regression auf eine frühere Stufe der intrapsychischen Abwehr / bzw. der Bewältigungsstrategien von psychosozialen Stressoren reagieren. Die Folge könnte Gefühle von "helplessness" und "hopelessness" sein, die als "giving-up-complex" beschrieben sind (SCHMALE, 1972 und ENGEL, 1968), bzw. eine unbewältigte Trauerreaktion, die als reaktive, depressive Verstimmung bzw. pathologische Trauerreaktion aus der tiefenpsychologischen Literatur bekannt ist.

Hinweise für eine solche Reaktion sehen wir in der gedrückten Stimmung der befragten zum Zeitpunkt der Gespräche in ihrem Selbstbild und in der Art der berichteten belastenden Lebenserfahrungen. Dies wird auch von der existierenden Literatur (vgl. im Grundlagenkapitel: BLUMENFIELD, 1978; GANZ, 1972; LIANG 1984) berichtet.

Wir vermuten, daß die Stimmung der Befragten bereits vor Krankheitsausbruch gedrückt war; dies läßt sich aus methodischen Gründen jedoch nur in prospektiven Studien nachweisen.

- Nach diesen bedrohlich erlebten Erfahrungen manifestierte sich die auto-aggressive Erkrankung (nach unterschiedlich langer Latenzzeit). Bei den Personen unseres Kollektivs zeigte sie sich klinisch als Erstsymptom u. a. durch Gelenkbeschwerden und Hauterscheinungen. Ein symbolisch orientierter Interpretationsansatz würde dabei herausstellen, daß die "Ener-

gie" der ungelösten Konflikte vorwiegend an den Organen der Bewegung sowie der Körperbegrenzung zu Schmerzen führt. Hierbei ist jedoch kritisch anzumerken, daß dieser Interpretationsansatz außer acht läßt, daß sich die lebensbedrohlichen Komplikationen dieser Erkrankung an sämtlichen lebenswichtigen Körperorganen abspielen können, und daß die Nierenauffektion im Rahmen der Grundkrankheit bei den Patienten häufig nur minimale Beschwerden verursacht.

1.2.5. Ausblick

Abschließend weisen wir auf Interpretationsmöglichkeiten hin, mit deren Hilfe die Erkrankung einer Person an SLE aus einem anderen Blickwinkel betrachtet wird:

Viele Ärzte und empirisch-analytische Forscher haben bei der Therapie von kranken Personen die Vorstellung, Erkrankungen müßten in erster Linie bekämpft und eliminiert werden. Die Betrachtungsweise, daß diese Krankheiten auch einen - meist allerdings mißglückten - Lösungsversuch von Lebensproblemen darstellen können und so gesehen auch einen Sinn haben können, hat derzeit lediglich Eingang ins psychosomatisch-orientierte Denken gefunden.

Nach SCHÖTTLER (1981) geht es bei der Erkrankung einer von ihr betreuten Patientin an SLE (wie auch bei anderen in ihrer frühkindlichen Entwicklung gestörten, schwer kranken Personen) "um Leben und Tod".

In der Therapie versucht die Autorin, gemeinsam mit diesen Patienten (die z. B. an Colitis ulcerosa oder SLE leiden) die Bewältigung früherer traumatischer Erlebnisse zu bearbeiten und dadurch eine Hilfestellung für die Nachreifung der Ich-Entwicklung zu geben. Dies soll den Patienten ein langsame Wachsen ihrer Beziehungsfähigkeit sowie ihrer Abwehrstrategien ermöglichen, sodaß sie Konflikte nicht mehr auf der körperlichen Ebene lösen (müssen).

SCHÖTTLER konnte beobachten, daß diese Personen nach einiger Zeit der Therapie - im Stadium der fortgeschrittenen Individuation - ihren Versuch

aufgaben, ihrer eigenen Mutter die fehlende Mutter zu ersetzen. Auffälligerweise erkrankte zu diesem Zeitpunkt der Therapie eine große Zahl von nahen Angehörigen der Patienten schwer, v. a. auch ihre Mütter. Dies war umso interessanter, als diese Patienten seit Therapiebeginn von ihrer Ursprungsfamilie (bis auf eine Frau) getrennt lebten. Nach SCHÖTTLER unterstreichen diese Beispiele die basale Phantasie dieser Personen, daß bei einer Trennung und Lösung von der Mutter ein Unglück geschehen könnte (vgl. auch in der Diskussion - Mc CLARY, 1955: magische Ängste von SLE-Patienten).

Manche der beschriebenen Patienten sagten offen:

" Meine Mutter wird es nicht überleben, wenn ich mich von ihr trenne".
(Zitat nach SCHÖTTLER)

Diese Ergebnisse zeigen Parallelen mit unserer Untersuchung:

- z. B. mit dem dramatischen Tod der Mutter von Patientin 12 zu diesem Zeitpunkt, als diese durch räumliche Trennung einige Jahre nach Krankheitsbeginn eine Abgrenzung und Lösung von der Mutter anstrebte;
- z. B. mit dem Ausspruch von Patientin 19, der im Zusammenhang mit Konfliktsituationen fiel:

" Da muß immer einer ins Gras beißen ...". (Einzelheiten siehe im Anhang)

Auch diese Thesen des Psychosomatikers BECK (1985) unterstützen diese Betrachtungsweise:

Diese These heißt:

" Körperliche Krankheiten stellen oft einen Versuch dar

- eine seelische Verletzung auszugleichen
- einen inneren Verlust zu reparieren oder
- einen unbewußten Konflikt zu lösen.

Körperliches Leiden ist oft ein seelischer Selbstheilungsversuch. Der Selbstheilungsversuch kann gelingen, öfters wird er mißlingen".

Ungewöhnlich an dieser Art über Krankheiten nachzudenken, ist, daß körperliches Leiden dadurch eine positivere Bewertung als üblich erfährt, und daß Körperkrankheiten auch als Ausdruck von kreativen Tendenzen des Selbst betrachtet werden können. In diesem Sinne können Körperkrankheiten z. B. auch eine emotionale Ich-Erweiterung oder eine Form von Verlustverarbeitung darstellen.

Als Möglichkeit einer Verlustverarbeitung kann Körperkrankheit dann wirk-

sam werden, wenn aggressive Energien, die ursprünglich gegen das verlorene Objekt gerichtet waren, sich nun gegen den eigenen Körper richten.

Ein Argument für das Zutreffen dieser Hypothese auf SLE-Patienten ist die Erfahrung von SCHÖTTLER, daß nach geleisteter Trauer- und Trennungsarbeit im Rahmen einer Psychotherapie im weiteren Krankheitsverlauf einer SLE-Patientin keine Komplikationen mehr auftreten.

Hierbei muß jedoch erneut darauf hingewiesen werden, daß ein Versagen intrapsychischer Abwehr - für sich allein genommen - wohl nicht zu einer Erkrankung an SLE führt. Weitere Bedingungen wie die (in der Einführung erwähnten) biologischen Faktoren, z. B. eine bestimmte Bereitschaft des Körpers zu krankhaften Reaktionen, sowie die Fähigkeit des Individuums zu Konversion und Regression sind Voraussetzungen für solche Wirkungsmechanismen.

Es bleibt - auch nach unserer Untersuchung - weiterhin die Frage offen, warum im Verhältnis wesentlich mehr Frauen als Männer von einer Erkrankung an SLE betroffen sind. Neben genetischen können hierbei psychosoziale Faktoren wie weibliche Sozialisation sowie verinnerlichte weibliche Rollenvorstellungen (z. B. die Vermeidung eines Zeigens von aggressiven Tendenzen) eine Bedeutung haben - die auch bei der Entstehung von Krebserkrankungen diskutiert werden.

Beim Fehlen eines Ventils für aggressive Impulse könnte der Körper zum Ort der Konfliktaustragung werden, und auf diesem "Umweg" einer schweren körperlichen Erkrankung könnte seelisches Leiden für die Betroffenen erfahrbar werden.

Solche ätiologischen Überlegungen zur Autoaggressionserkrankung SLE, die allein schon von der Nomenklatur her nahe liegen ("Autoaggression", "Lupus"), müssen jedoch durch künftige Untersuchungen überprüft werden.

1.3. Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse zur Lebensgeschichte von SLE-Patienten unseres Kollektivs mit Personen, die an chronischer Poliarthrititis bzw. an Carcinomen erkrankt sind

Wir verglichen unsere Ergebnisse über lebensgeschichtliche Zusammenhänge bei SLE-Patienten mit der Literatur über Patienten, die an anderen schweren Erkrankungen litten (chronische Poliarthrititis, Carcinome). Die erwähnten Autoren beziehen sich jeweils auf die an chronischer Poliarthrititis bzw. an Krebs erkrankten Personen.

Patienten mit chronischer Poliarthrititis und ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund (im Vergleich mit unserem Kollektiv der SLE-Patienten)

Bei einem Vergleich mit Untersuchungen über Personen mit chronischer Poliarthrititis (c. P.) ergab sich eine häufige Übereinstimmung der Befunde. Hierbei orientierten wir uns u. a. an einem Übersichtsartikel von HERRMANN (1979).

Beziehung zu sich und zur Umwelt:

Die Patienten beider Gruppen wiesen eine starre Orientierung an Normen (MOOS, SOLOMON - beide 1965) und perfektionistische Tendenzen (DUNBAR, 1947 - zit. nach HERRMANN, 1979) auf.

Körperliche Aktivität und berufliche Leistungsfähigkeit hatte eine große Bedeutung (BOOTH, 1937 - zit. nach HERRMANN, 1979).

Die an c. P. erkrankten Personen wiesen ebenfalls vermehrt eine Tendenz auf, in Konfliktsituationen mit anderen Aggressionen gegen sich selbst bzw. nach innen zu richten, und Ärger zu schlucken statt ihn auszudrücken (MÜLLER, 1961 - zit. nach HERRMANN, 1979). Gemeinsam war ihnen auch ein kontrolliertes, diplomatisch erscheinendes Verhalten gegenüber ihrer Umwelt, sowie eine Hemmung, ihre Emotionen auszudrücken, v. a. Ärger und Feindseligkeit (HERRMANN, 1979).

Körperliche Bewegung wurde bei an c. P. erkrankten Personen (BOOTH, s. o.) als sozial akzeptierte Form der Aggressionsverarbeitung, und damit als Ausweg aus aggressiv erlebten Konfliktsituationen gedeutet.

Die andere Möglichkeit der c. P. Patienten, mit Ärger umzugehen, bestand in einem Mechanismus der Verleugnung dieser Gefühle, der bei ihnen häufiger als bei der "Normenbevölkerung" vorkam (MOOS, SOLOMON, beide 1965). Im Verhalten von c. P.-Patienten wurde außerdem eine Kombination von "Dienen und Herrschen", von "Opferrolle" und "wohlwollender Tyrannei" (HERRMANN, 1979) beobachtet. In unserer Untersuchung fiel bei SLE-Patienten lediglich eine Tendenz zu Opfer- und Helferhaltung auf.

Kindheit und Beziehung zu den Eltern:

Das "kalte Klima der Kindheit" (ANONYM, 1975), das häufig in der Lebensgeschichte von Personen mit späterer Erkrankung an c. P. geschildert wird, könnte auch ein Leitgedanke für die Kindheit vieler der von uns befragten Personen mit SLE-Symptomatik sein. Vor allem die von MOOS und SOLOMON (1965) durchgeführte Studie weist große Ähnlichkeit mit unseren Ergebnissen auf:

Die Mütter der c. P.-Patienten zeigen häufig eine Zurückweisung ihrer Kinder bei gleichzeitiger Unfähigkeit, diese Kinder ein Stück weit aus ihrer Abhängigkeit freizugeben, um ihnen eine adäquate Entfaltungsmöglichkeit zu gewährleisten. Diese Mütter wurden häufig als distanziert, zugleich einschränkend, latent aggressiv beschrieben und waren zugleich unfähig, Gefühle offen zu zeigen. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind war geprägt von ambivalenten Tendenzen: dem Wunsch nach Nähe bei gleichzeitig vorhandener Angst vor dieser Nähe.

Die Rolle des Vaters wurde weniger einheitlich beschrieben: Manche Väter neigten zu extremer Strenge und Bevormundung, andere wurden mit ausgeprägter positiver Tendenz beschrieben. Insgesamt war die Bedeutung der Väter im Vergleich zu den Müttern im Leben der Patienten weniger wichtig.

HERRMANN (1979) interpretiert, daß bei einer solchen Elternkonstellation (von distanzierter Mutter und strengem Vater) die Kinder schon früh in ihrer Entwicklung lernten, ihre Affekte - besondere Aggressionen und Feindseligkeit - zu unterdrücken und nach Unabhängigkeit von ihrer Umgebung zu streben.

Dies ist eine Deutungsmöglichkeit, die auch für die frühkindliche Entwicklung von Personen mit späterer SLE-Erkrankung in weiteren Studien un-

tersucht werden sollte. Interessant ist weiter auch das Ergebnis (SOLOMON und MOOS s. o.), daß die späteren c. P.-Patienten mehr unter der beschriebenen Familienkonstellation litten als ihre gesunden Geschwister (was im Rahmen unserer Untersuchung leider nicht nachgeprüft werden konnte).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

In beiden Gruppen (c. P. und SLE) waren neben genetischen und konstitutionellen Faktoren (die in dieser Arbeit nicht untersucht wurden) die Erfahrungen der frühen Kindheit ("kaltes Klima" s. o.) die Basis für die Verarbeitung späterer einschneidender lebensgeschichtlicher Erfahrungen, die in Verbindung mit Konfliktsituationen auftraten.

Für die Gruppe der Personen mit c. P.-Erkrankung vermutet HERRMANN, 1979, daß einschränkende elterliche Einflüsse im Kindesalter zu Trotzverhalten führten, sich Aggressionen aber nur in der sozial akzeptierten Form von (übermäßiger) Aktivität und körperlicher Bewegung zeigen durften oder verleugnet wurden (vgl. oben).

Die Patienten waren im späteren Leben in ihren Abwehrmustern durch massiv belastende Erfahrungen überfordert, reagierten aber weiterhin mit einer Steigerung von Aktivität und Muskeltonus, was in ausgeprägter Form über Mikrotraumen u. ä. (nach HERRMANNs Hypothese in Anlehnung an ALEXANDER) schließlich zu Arthritis führen soll. Die Gelenkschmerzen werden als Strafe aggressive Impulse gedeutet.

ZANDER (1975) weist auf die Bedeutung erhöhter gelenknaher Muskelspannung bei zahlreichen entzündlichen rheumatischen Erkrankungen hin.

Wir halten diese Hypothesenbildung im Zusammenhang mit den Patienten unseres Kollektivs zwar für eine interessante Denkmöglichkeit, da bei unseren Patienten Gelenkschmerzen häufig im Vordergrund der Beschwerden standen. Wir meinen aber, daß diese Hypothese, die auch Mc CLARY (1955) teilt, auf die Gesamtheit der SLE-Patienten nur sehr bedingt anwendbar ist. Gelenkschmerzen stellen zwar häufig einen wesentlichen Anteil der "spürbaren" Beschwerden dieser Personen dar; für den weiteren Krankheitsverlauf und seine lebensbedrohlichen Komplikationsmöglichkeiten treten sie aber

neben anderen Organbeteiligungen (z. B. einer fulminanten Glomerulonephritis) stark in den Hintergrund.

Patienten mit einer Carcinom-Erkrankung und ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund (im Vergleich mit unserem Kollektiv der SLE-Patienten - vgl. auch im Literaturkapitel über Streß und Immunsystem)

Trotz der Problematik der sich zum Teil widersprechenden Versuche, die Krebsauslösung durch retrospektive Untersuchungen an bereits erkrankten Personen über Kindheitsgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung vor Erkrankungsbeginn zu verstehen, wagen wir in Anlehnung an Untersuchungen von BAHNSSON (1981) und eine Literaturübersicht von VON RAD (1983) einen Vergleich mit unseren Ergebnissen.

Beziehung zu sich und zur Umwelt:

Beide Gruppen von Patienten (Krebs und SLE) zeigten ein äußerlich "gefaßtes" Verhalten trotz tiefer Verzweiflung, eine Unfähigkeit, Gefühle von Wut und Haß auszudrücken (LE SHAN, 1966), sowie ein übermäßig kontrolliertes Verhalten ohne die Möglichkeit, diese Spannung motorisch oder verbal zu entladen (BLUMBERG, 1954).

Der Mechanismus der Verdrängung und Verleugnung, den wir bei unserem Kollektiv nur ansatzweise (anhand des Konfliktverhaltens) untersuchten, war bei Patienten mit Krebserkrankungen sehr stark ausgeprägt, ebenso (wie auch in unserem Kollektiv) die Tendenz zu Einzelgängertum und innerem Rückzug (COBB, 1976), eine starke Normorientierung, eine ausgeprägte Neigung zu einer Helferhaltung sowie zu Schuldgefühlen (BAHNSSON, 1981).

Kindheit und Beziehung zu den Eltern:

Beide Gruppen von Personen erlebten in ihrer Kindheit eine emotionale Distanz zu ihren Eltern (BAHNSSON, 1981). Das von diesem Autor postulierte, in den Ursprungsfamilien der Carcinom-Patienten herrschende Familienmuster, bei dem Selbstmitteilung und Selbstwahrnehmung wenig geübt wurden, ist bei unseren Patienten nicht im einzelnen untersucht worden.

Bei den späteren Carcinom-Patienten fand sich häufig ein ungelöster Ablösungskonflikt von den Eltern, v. a. von der Mutter, der sich in einer Mischung aus Verleugnung dieses Konflikts und selbstaufopferndem Verhalten gegenüber der Mutter manifestierte. Auch bei den von uns befragten Personen mit SLE-Erkrankung fiel die große subjektive Bedeutung dieses ungelösten Konfliktes für diese Personen auf. (Die in diesem Zusammenhang auftretenden ambivalenten Tendenzen bei den an SLE erkrankten Personen - siehe in der vergleichenden Literaturdiskussion über SLE-Patienten).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Im Zeitraum vor Manifestation der ersten Symptomatik einer Erkrankung an Krebs bzw. SLE (der Zeitraum kann unterschiedlich lang sein und sich über Jahre hinziehen) wurden Personen mit bestimmten einschneidenden und als endgültig erlebten Erfahrungen konfrontiert (z. B. mit dem Verlust nahestehender Bezugspersonen durch Todesfall).

Es wird vermutet, daß bei den betroffenen Personen Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit mobilisiert wurden. Solche Gefühle, die als "giving-up-complex" bezeichnet werden, sind vor Ausbruch vieler Erkrankungen wirksam (vgl. auch im Kapitel über Streß und Immunsystem).

Zusammenfassend stellt BAHNSSON (1981) die Lebenssituation von Krebspatienten vor Krankheitsbeginn wie folgt dar:

In der Kindheit finden häufig traumatisierende Ereignisse - z. B. der Verlust eines geliebten, emotional besetzten "Schlüsselobjekts" in einer Atmosphäre von Ungeborgenheit und emotionaler Kälte statt, in denen Selbstwahrnehmung, Selbstmitteilung (z. B. Emotionen wie Aggression) verpöht war, bzw. nicht eingeübt wurde.

Die Grundstimmung dieser Personen ist von depressiven Tendenzen, negativer Weltsich und von Schuldgefühlen geprägt. Typische Abwehrmechanismen sind Verdrängung und Verleugnung, typische Verhaltensweisen sind innerer Rückzug und Helferhaltung, sowie ein selbstdestruktives Verhalten mit einem Zwang zur Wiederholung.

In der Persönlichkeitsentwicklung kristallisiert sich schließlich ein Doppelselbst heraus.

Es existieren realistische und adaptive Ich-Funktionen, abgespalten von Gefühlen wie Nicht-Geliebtwerden, Isoliertheit und Verlassensein.

Methodische Probleme der Untersuchung (Kapitel 2 und 3)

Die Probleme der Interviewführung und -auswertung bei der klinisch-biographisch orientierten Methode im Vergleich mit standardisierten quantifizierbaren Formen der Datenerhebung sind grundsätzlicher Natur. Sie sind in der einschlägigen Methodenliteratur - v. a. der sozialwissenschaftlichen, immer wieder dargestellt worden.

In einem ersten Kapitel wollen wir einen Beitrag zur allgemeinen methodenkritischen Diskussion von klinisch-biographischen Verfahren leisten. Wir beschränken uns dabei auf einige zentrale methodische Probleme, die wir kurz erläutern und Lösungsversuche andeuten.

In einem zweiten Kapitel beschäftigen wir uns mit speziellen methodischen Problemen unserer Untersuchung.

2. Allgemeine methodische Probleme bei der Anwendung des klinisch-biographisch orientierten Verfahrens

2.1. Das Problem von Subjektivität und Objektivität im Bereich der psychosomatischen Forschung: empirisch-analytische Verfahren versus biographische Verfahren

Es gibt - wie bereits im Kapitel über die Methode der Gesprächsführung angedeutet - unterschiedliche wissenschaftstheoretische Ansätze im Bereich der Psychosomatik, die auf verschiedenen Wegen die Zusammenhänge von psychischer und körperlicher Gesundheit des Menschen ergründen wollen. Wir steigen an dieser Stelle nicht tief in die wissenschaftstheoretische Diskussion

zwischen diesen Richtungen ein, sondern wir stellen in diesem Beitrag zwei Denkansätze - den empirisch-analytischen und den hermeneutischen - gegenüber und beschäftigen uns mit der Frage von Subjektivität und Objektivität beider Forschungsrichtungen.

2.1.1. Vergleich beider Verfahren

- Die Vertreter der empirisch-analytischen Richtung innerhalb der Psychosomatik, z. B. die Testtheoretiker, versuchen bei der Frage nach der Ursache psychosomatischem Verhalten durch quantitative Methoden auf die Spur zu kommen. Dabei übersetzen sie die Beobachtungssprache in theoretische Sprache (= theoretisches Konstrukt). Sie führen diese später durch "Operationalisierung" wieder in die Beobachtungssprache zurück.

Die numerisch fassbaren Ergebnisse ihrer Messungen betrachten sie als "harte Daten" und damit als objektiv gültig, indem sie deren Wertigkeit anhand der klassischen Gütekriterien testpsychologischer Erhebungen prüfen. Die Hauptgütekriterien sind dabei Objektivität, Reliabilität und Validität (s. a. zur Begriffsklärung Kapitel "Anwendung klassischer Gütekriterien auf klinisch-biographisch-orientierte Verfahren - nach VOGT, 1983). Die empirisch-analytische Methode liefert damit Resultate, die durch andere Methoden nicht zu erlangen wären.

- Die Vertreter der biographischen Verfahren, z. B. des klinisch-biographisch-orientierten Ansatzes, der Psychoanalyse u. a. haben für ihre Art der Erkenntnisgewinnung völlig andere Methoden und Forschungsinstrumente. Bei der hermeneutischen Methode wird die Frage nach dem Sinn gestellt (HABERMAS, 1968); der hermeneutische Vorgang umfaßt dabei mehrere Schritte:

- das Sinnverstehen: also den von einem Handelnden, z. B. Sprachhandelnden gemeinten Sinn zu verstehen
- die Auslegung: also eine beobachtbare Handlung oder Handlungskonsequenz auseinanderzulegen
- die Interpretation, die oft mit der Auslegung identisch ist: also eine Einordnung des Ausgelegten im Interpretationsrahmen und das Erkennen dieses Rahmens.

- Angewandt auf die biographischen Verfahren und deren Techniken heißt das Ziel, die Einsicht des Befragten, des Patienten über sich selbst zu vermehren. Den zentralen Platz hat dabei die Deutung (nach GREENSON, 1973): Sie soll die in der individuellen Lebensgeschichte begründete unbewußte Quelle und den unbewußten Sinn von aktuellen Äußerungen herauszufinden suchen und dem Betroffenen bewußt machen. Der Therapeut gelangt zur Deutung über sein "empathisches Verständnis" dieses Menschen mit Hilfe einer tief ins Unbewußte hinabreichenden Identifizierung mit dessen Anteilen, sowie durch klinisch-theoretisches Wissen (nach VOGT, 1983). (Weitere zentrale Begriffe wie Übertragung und Gegenübertragung etc. werden kurz im Abschnitt über die klinisch-biographische Methode erläutert und sind in ausführlicher Form in Lehrbüchern der Psychoanalyse nachlesbar).

2.1.2. Probleme von Subjektivität und Objektivität bei biographischen Verfahren

- Bei diesem Herangehen an psychosomatische Fragestellungen ergeben sich aus der Sicht der empirisch-analytischen Betrachtungsweise bei biographischen Verfahren folgende Probleme:
 - Diese Art des Zugangs zum Patienten durch ein Gespräch (also nicht in standardisierter Weise) erfüllt nur einen Minimalkatalog der klassischen Gütekriterien.
 - Die Wirkung des Subjekts - also hier des Patienten - und die Persönlichkeit des Untersuchers gehen in die objektive Wertung mit ein. Es muß also auch die Subjektivität des psychologischen und weltanschaulichen Vorverständnisses (etc.) des Untersuchers berücksichtigt werden, sowie seine begrenzte Wahrnehmungsfähigkeit.
 - Die als Kasuistiken vorliegenden Krankengeschichten lassen sich nicht inform "harter Daten" darstellen, sondern erfordern ein stärkeres Maß an individueller Betrachtungsweise. Auslegung und Verstehen (im hermeneutischen Sinn s. o.) sind dabei nicht immer klar gegeneinander abgrenzbar (vgl. Abschnitt über die Anwendung klassischer Gütekriterien auf klinisch-biographisch-orientierte Verfahren; s. a. nächster Abschnitt: Die Sprache als Vermittlerin von Information und das inter-

pretative Dilemma).

- Von der oben genannten Gruppe von Forschern wird daher der Vorwurf erhoben, diese Ergebnisse seien nicht "objektiv" nachprüfbar, weil sie nicht den klassischen Gütekriterien entsprechen; sie lehnen diese Erkenntnismethode als "unwissenschaftlich" ab.

2.1.3. Probleme von Subjektivität und Objektivität bei empirisch analytischen Verfahren

Die Beurteilung der Aussagekraft des klinisch-biographischen Verfahrens ist also abhängig vom wissenschaftstheoretischen Hintergrund des jeweiligen Beurteilers. Der alleinige Anspruch auf 'Wissenschaftlichkeit', der von den meisten empirisch-analytisch orientierten Psychosomatikern für ihre Methode erhoben wird, kann durch folgende Überlegungen relativiert werden:

- Auch die empirisch-analytisch geprägte Psychosomatik mit ihren Psychotests und Faktorenanalysen basiert auf Merkmalskategorien, die nicht in der Natur vorgefunden, sondern von Forschern entwickelt wurden. Sie sind somit ebenfalls abhängig vom weltanschaulichen Vorverständnis (u. ä.) dieser Forscher - und letztlich subjektiv. Ebenso hängt natürlich die Aufstellung von Gütekriterien, an denen sich Forschung orientieren soll, vom jeweiligen wissenschaftstheoretischen Vorverständnis ab - sei dieses nun bewußt oder weniger hinterfragt (nach HAHN, 1983).
- Auch die klassischen Naturwissenschaften wie die Physik kennen das Problem, daß sich Untersuchungsobjekte durch die Untersuchungssituation verändern, in Form der "Heißenberg'schen Unschärferelation" - und damit die Grenzen von wissenschaftlicher "Objektivität".
- Analysiert man die Vorwürfe an die klinisch-biographischen Verfahren auf der Beziehungsebene, so könnte man die Hypothese aufstellen, daß die Wurzel für diese Haltung bei manchen Forschern eine unbewußte seelische Abwehr vor zwischenmenschlichen Beziehungen ist, wie dies auch MEERWEIN

(1969) vermutet.⁶⁾

Doch diese Hypothese ist bisher noch nicht weiter überprüft worden. Es ergäbe sich außerdem die Frage, mit welcher Methode

2.2. Die Sprache als Vermittlerin von Information und das "interpretative Dilemma" (HOHL) - (vgl. Abschnitt: Grundlagen des Gesprächs)

Bei der Anwendung der klinisch-biographisch-orientierten Methode ist die sprachliche Vermittlung von frei formulierten Inhalten ein sehr wesentlicher Faktor. Daraus entstehen Probleme, auf die wir im folgenden näher eingehen:

- Die sprachlich vorliegenden Daten sind zahlreich und schlecht miteinander vergleichbar.
- Die Sprache ist ein Filter von Informationen (neben anderen). Der Therapeut erhält durch sie einen Zugang zur Eigenwelt von anderen Menschen - vgl. Abschnitt: Die Grundlagen des Gesprächs von Arzt und Patient.
- Die sprachlichen Äußerungen können mehrdeutig sein (explizit versus implizit Gesagtes).

2.2.1. Die sprachlich vorliegenden Daten sind zahlreich und schlecht miteinander vergleichbar

Bei einer Gesprächsreihe mit dieser Methode sollen möglichst viele Merkmale von möglichst vielen Personen möglichst genau und ausführlich erhoben

6) " Viele Ärzte sind in ihrem Selbstbewußtsein derart darauf angewiesen, fraglos als Autorität in ihrem Bereich anerkannt zu werden, daß ihnen ein Eintritt in die Grenzsituation des Gesprächs als Bedrohung ihres Selbstgefüges erscheinen muß und sie diesen deshalb mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, d. h. unter weitgehendster Ausnützung derselben (Pharmakotherapie, chirurgische Therapie, physikalische Therapie etc.) zu vermeiden trachten. Dabei sollen diese Verfahren als solche keineswegs kritisiert werden. Es muß aber gesehen werden, daß sie unter bestimmten Bedingungen, die dem Arzt oft selber nicht bewußt sind, zur Abwehr verwendet werden. Das ärztliche Gespräch findet dann nicht statt". (MEERWEIN, 1969, S. 60)

werden. Die erhaltenen Gesprächsprotokolle liefern eine Fülle von kaum überschaubaren, sehr unterschiedlichen Aussagen, die frei formuliert sind und als Daten nicht in der einfachen Weise miteinander vergleichbar sind, wie das bei standardisierten Interviews der Fall ist.

HOHL äußert sich dazu folgendermaßen:

" In dem Maße, wie es (das nicht-standardisierte Verfahren- d. Verf.) der jeweiligen Subjektivität des Befragten Raum gibt, steigt zwar die Substanzialität und sicher auch die Validität seiner Ergebnisse, zugleich nimmt jedoch ihre Vergleichbarkeit sowie die Ökonomie der Datenerhebung und -auswertung ab".

2.2.2. Die Sprache ist ein Filter von Informationen (neben anderen)

In Gesprächen manifestieren sich Strukturen, die die Wahrnehmung der "äußeren Welt" filtern:

- die subjektive Wahrnehmung des Befragten von der äußeren Welt mit ihren Verzerrungsmöglichkeiten (organisch, psycho-sozial bedingt, etc.), die seine "innere Welt" schafft;
- die Sprache mit ihren Möglichkeiten, Informationen zu vermitteln oder zu manipulieren;
- die subjektive Wahrnehmung des Befragten und seiner sprachlichen (und sonstigen) Äußerungen durch die Person des Untersuchers mit den oben genannten Einschränkungsmöglichkeiten, mit seinen ihm eigenen "blinden Flecken" (die durch seine Fähigkeiten und Fertigkeiten idealerweise kaum ins Gewicht fallen sollen ...).

Die sprachlichen Äußerungen der Befragten vermitteln dem Therapeuten / Arzt also deren persönliches Erleben der "äußeren Welt", nämlich ihre "innere Welt" (die nicht mit der äußeren identisch sein muß!). Die erhaltenen Gesprächsprotokolle können wir als Dokumente dieser "inneren Welt" auffassen.

2.2.3. Die sprachlichen Äußerungen können mehrdeutig sein (explizit versus implizit Gesagtes)

Bei einem klinisch-biographisch orientierten Gespräch können die Äußerungen von Befragten mehrere Sinnebenen enthalten. Explizit - also wörtlich - Formuliertes und implizit Gesagtes - also Informationen, die interpretierend aus dem Gesagten abgeleitet werden können - sind dann nicht kongruent, sondern divergieren.

Z. B. kann eine Befragte ausführlich die Atmosphäre in ihrem Elternhaus und die Beziehung zu ihren Eltern erläutern - aber bei der direkten Frage danach etwas ganz anderes antworten (vgl. a. Abschnitt: Probleme der Interviewdurchführung: ... das Mißtrauen der Befragten).

Das bedeutet: Ein Auflisten von expliziten Antworten auf explizite Fragen würde in solchen Fällen zu einem falschen Ergebnis führen.

Die Frage, welche dieser beiden Informationen - die explizite oder die implizite - nun die "richtige" Antwort gibt, läßt sich aus erkenntnistheoretischer Sicht nicht eindeutig klären. Wir können uns jedoch - um mit WOTAWA, 1983 zu sprechen - als "Praktiker" verstehen, und damit eher an der Brauchbarkeit von Denkansätzen als an deren erkenntnistheoretischen Wahrheitsgehalt orientieren Dann nämlich begreifen wir dieses Dilemma von explizit und implizit Gesagtem als Chance: Eine zweite Sinnebene tut sich hinter dem explizit Formulierten auf, und wir erhalten Informationen, die in einem standardisierten Interview einfach wegfallen würden.

Bei diesem Vorgehen können wir uns auf linguistische und tiefenpsychologische Forschung stützen, die in unterschiedlicher Weise der Existenz und dem Wesen verschiedener Sinnebenen auf die Spur kommen. Die Psychoanalyse z. B. mit ihren Begriffen vom Unbewußten, vom Ich, Es und über-Ich basiert darauf geradezu.

Die genannten Schwierigkeiten der klinisch-biographisch orientierten Verfahren sind grundsätzlicher Natur. Für die Strukturierung und Auswertung von sprachlich vorliegenden Daten entsteht daraus ein Grundwiderspruch, der ebenfalls in der Methode selbst begründet liegt:

- Einerseits sind sprachlich vorliegende Äußerungen und der Versuch ihrer Strukturierung sehr anfällig für divergierende Interpretationen - je nach wissenschaftlichem Standpunkt und persönlicher Meinung des Forschers / der Forscherin (vgl. Abschnitt: Das Problem der Datenstrukturierung ...).
- Andererseits sind sie - im Gegensatz zur vorherrschenden quantitativen Methodik - in der Lage, einen Einblick in das Fühlen und Denken von Personen zu geben, ohne daß dabei alle Widersprüche, Mehrdeutigkeiten und Ambivalenzen einfach wegfallen.

Der Autor HOHL hebt diesen Vorteil gegenüber standardisierten Verfahren eindringlich hervor:

" Die dominierende quantitative Methodik mit ihrem hauptsächlichlichen Forschungsinstrument, dem strukturierten Interview, läßt es ja kaum zu, Inkongruenzen zwischen verschiedenen Sinnesebenen zu ermitteln, genauso wenig, wie sie ambivalenten Gefühlen oder widersprüchlichen Einstellungen ihrer Befragten gerecht zu werden vermag. Denn in dem Maße, wie ein Interview standardisiert und strukturiert ist, muß es sich auf explizite Äußerungen von Befragten als Daten beschränken - nur diese sind mit der geforderten Klarheit und Eindeutigkeit erhebbar. Andere Informationen, wie etwa jene, die in der narrativen Struktur einer Schilderung enthalten sind, gehen dabei notwendig verloren. Das Resultat ist eine Eindeutigkeit von Ergebnissen, die fiktiv ist, eben weil sie sich der methodologischen Eliminierung bestimmter Sinnesebenen verdankt".

Einen Lösungsversuch dieses "interpretativen Dilemmas" (HOHL) bilden:

- das häufige Zitieren von Gesprächspassagen, damit sich der Leser / die Leserin selbst ein Bild machen kann, ob die vorgenommene Zuordnung von Aussagen zu Kategorien tatsächlich plausibel ist;
- mangels anderer Vorbilder, die für die Auswertung nichtstandardisierter Interviews brauchbar sind, der Versuch einer Datenstrukturierung mit "bipolaren Beschreibungsdimensionen" (nach HERRMANN, 1979 - vgl. Methode der Untersuchung).

2.3. Das Problem der Datenstrukturierung von nicht-standardisierten Interviews - (vgl. Abschnitt: Die Sprache als Vermittlerin; vgl. Abschnitt: Das Problem von Subjektivität und Objektivität im Bereich der psychosomatischen Forschung; vgl. Abschnitt: Der Zugang des Therapeuten zur inneren Welt anderer Menschen)

Beim Versuch einer Strukturierung der protokolliert vorliegenden Daten

tauchen folgende Probleme auf (nach WOTTAWA, 1983):

- Die direkte Beobachtung von intrapsychischen Phänomenen (z. B. Empfindungen, Einstellungen, Konflikten eines Menschen) ist nicht möglich.
- Ebenso wenig ist eine direkte und eindeutige Zuordnung zum "richtigen" Indikator möglich. (Z. B. könnte der Indikator für 'Erregung' die erhöhte Pulsfrequenz sein, aber auch eine unruhige Bewegung).
Eine Operationalisierung durch eine numerische Skala, wie sie bei quantifizierbaren Daten angewandt wird, ist in diesem Fall also methodisch nicht möglich. Denn dabei kann die Brauchbarkeit von Hypothesen nur überprüft werden, indem allen Begriffen der Hypothese beobachtbare Indikatoren zugeordnet werden.
- Intrapsychische Mechanismen entziehen sich auch deshalb der numerischen Erfassung weitgehend, weil die Vielzahl von Einflußgrößen bisher nicht in ausreichend komplexe Hypothesen mit numerischen Kategorien übersetzt werden konnte - falls dies nicht aus prinzipiellen Gründen unmöglich ist
- Jeder Versuch, die als Daten vorliegenden Aussagen zu strukturieren, ist bereits ein Stück weit Interpretation des Untersuchers / der Untersucherin.

Das methodische Grundproblem, daß bei dem Versuch einer Strukturierung von sprachlichen Dokumenten stets subjektive Faktoren miteinfließen, die das Ergebnis manipulieren können, läßt sich nicht auflösen. Doch können manche 'Fehlerquellen' aufgedeckt und vermieden werden, wenn die Forscher und Forscherinnen eine Bewußtheit für die einzelnen subjektiven Elemente bei der Datenerhebung, -auswertung und -interpretation entwickeln. (Lösungsmöglichkeiten des Problems: vgl. Abschnitt: Spez. Methodik)

2.4. Aspekte der Interpretation von Ergebnissen der klinisch-biographisch orientierten Methode und ihre Probleme bei der Anwendung von klassischen Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung

Bei der Anwendung von klassischen Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung auf die Methode des klinisch-biographisch orientierten Verfahrens

ergibt sich die grundsätzliche Schwierigkeit, daß hier Begriffe und Denkweisen von zwei unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Standpunkten auf einen Nenner gebracht werden sollen (vgl. Abschnitt 1.1.). Hier liegt also ein Widerspruch vor, der - konsequent zu Ende gedacht - nicht auflösbar ist.

In der psychosomatischen Forschung ist es jedoch inzwischen üblich, empirisch-analytische Kategorien auf Sachverhalte anzuwenden, die letztlich nur einem Verstehen durch Einfühlung, Intuition, begleitet von Sachwissen, zugänglich sind Dieser Anwendungsversuch soll hier kurz dargestellt werden, ebenso die Probleme, die sich dabei ergeben.

2.4.1. Die Objektivität (im Sinne der klassischen Gütekriterien) und der sog. Versuchsleiter-Effekt

Objektivität im Sinne der klassischen Gütekriterien liegt dann vor, wenn mehrere Untersucher mit der gleichen gründlichen (z. B. therapeutischen) Ausbildung unabhängig voneinander beim gleichen Personenkollektiv zu gleichen Ergebnissen kommen.

Für nicht-standardisierte Interviews ist diese Objektivität jedoch nur schwer nachprüfbar, weil grundsätzlich eine große Anzahl subjektiver Faktoren zur Gesprächssituation als ganzes beitragen und sie verändern:

- Ein wesentlicher Faktor ist dabei die subjektive Wahrnehmung der "äußeren Realität" durch den Forscher / die Forscherin, die beeinflußt ist durch seine Anlagen, seine Biographie und die ihn prägenden gesellschaftlichen Einflüssen. Alle diese Aspekte führen zu den spezifischen "blinden Flecken" des Forschers / der Forscherin, durch die Teile des komplexen Geschehens nicht oder nur verzerrt wahrgenommen werden (vgl. auch Abschnitt: Die therapeutische Situation und die Vorgänge von Übertragung, Gegenübertragung etc.).
- Einen Spezialfall dieser Subjektivität des Forschers stellt seine wissenschaftliche Meinung dar. Denn durch sein Denken kann er das operationalisierte Datenmaterial, z. B. die Ausprägungsgrade von Merkmalen beeinflussen (= sog. 'Versuchsleiter-Effekt' - WOTTAWA, 1983).

- Für semistrukturierte Interviews besteht folgender Widerspruch:
 Einerseits soll die Untersuchung möglichst vorurteilslos durchgeführt werden; andererseits ist in diesen Gesprächen aber ein Eingehen auf die Gesprächspartner notwendig - womit der Untersucher dann oft seine als ideal geforderte neutrale Stellung verläßt.

Diese Probleme lassen sich nicht auflösen, aber durch eine entsprechende Sensibilisierung, z. B. durch eine psychoanalytische oder sonstige therapeutische Ausbildung erkennen und entschärfen.

2.4.2. Die Reliabilität

Die Reliabilität mißt den Grad der Übereinstimmung von Ergebnissen bei Wiederholungsversuchen, also den Genauigkeitsgrad der Untersuchung und die Vorhersagbarkeit ihrer Ergebnisse.

Dabei ergibt sich folgendes methodisches Grundproblem:

Da jede Begegnung zwischen Menschen ein neues Zusammentreffen ist, ist sie nicht genauso wiederholbar. Nach psychoanalytischer Theorie wird jedoch in neuen Situationen die unbewußte Prägung zur Wiederholung im Sinne der Übertragung wirksam.

In klinisch-biographisch orientierten Gesprächen sind daher in ähnlichen Situationen ähnliche Reaktionen des Befragten wahrscheinlich, und damit im Sinne der Wiederholbarkeit signifikant (nach HAHN, 1983).

2.4.3. Die Validität des retrospektiven Ansatzes

(vgl. Grundlagen des Gesprächs von Arzt und Patient: äußere und innere Welt)

Bei der Auswertung von Aussagen aus Gesprächen müssen folgende grundsätzlichen Überlegungen berücksichtigt werden:

Die subjektive Wahrnehmung des Befragten stellt einen "Filter" für die äußere Welt dar, d. h.: Sie ist verschiedenen Formen der Verzerrung der

realen Situation ausgesetzt (auf Grund von organisch bedingten Veränderungen der Gehirnfunktion, auf Grund von Erinnerungslücken und Fehlerinnerungen, auf Grund von erlernten Normen der Gesellschaft, u. a.). Dabei können Aussagen des Befragten über die äußere sowie seine innere Welt unterschieden werden.

2.4.3.1. Die Validität von Aussagen über die äußere und die innere Welt

- Aussagen über die äußere Welt:

Wegen der oben genannten Gründe können wir mit Interviews nie die äußere Realität von Individuen erfassen, sondern nur ihre Aussagen über diese Realität mit all' den möglichen Verzerrungen der subjektiven Wahrnehmung: d. h., wenn eine Patientin über die Atmosphäre in ihrem Elternhaus sagt: "Nein, herzlich war es nicht", dann kann diese Beschreibung mit der "objektiven Realität" in ihrer Kindheit übereinstimmen, muß es aber nicht (gewisse Rückschlüsse auf die äußere Realität sind allerdings möglich).

Mit Sicherheit können wir die Aussage der Befragten - die zunächst eine Beschreibung der äußeren Realität darstellt - als Aussage über die innere Realität werten, und auf dieser Basis interpretieren.⁷⁾

- Aussagen über die innere Welt:

Das zweite Grundproblem besteht in den Fragen: Wie können wir wissen, ob der oder die Befragte wirklich die geschilderte Einstellung, Phantasie etc. hat?

Wie können wir wissen, ob sie uns nicht bewußt täuschen, bzw. ob sie sich nicht selbst in ihren Gefühlen täuschen. Im folgenden sind die sich ergebenden Probleme sowie ihre Lösungsmöglichkeiten kurz angedeutet.

7) Andererseits werden manchen anderen Aussagen über die äußere Realität - meist aus praktischen Gründen - fraglos als "wahr" akzeptiert und nicht weiter nachgeprüft: z. B. Aussagen über Alter und Ausbildung der Eltern, Zahl der Geschwister etc.. Die Grenzen scheinen fließend zu sein ...

2.4.3.2. Das "Validitätspostulat" (HOHL, 1982) und seine Probleme

Nach dem "Validitätspostulat" von HOHL (1982) wird vorausgesetzt, daß der Befragte redlich und kompetent für seine eigenen Gefühle ist.

- Postulat der Redlichkeit des Befragten (Wahrheitstreue der Aussagen):

Das heißt: Der Befragte bemüht sich, eine korrekte Schilderung seiner inneren Welt zu geben, und versucht nicht, die Interviewpartner zu täuschen.

Ein Problem ergibt sich dann, wenn er einen Grund sieht, uns zu täuschen (z. B. wenn er aufgrund von starker Orientierung an gesellschaftlichen Normen eine "Tendenz zur sozial erwünschten Antwort" entwickelt).

- Postulat der Kompetenz für die eigenen Gefühle:

Das heißt: Der Befragte verfügt über die Fähigkeit, seine emotionalen und kognitiven Prozesse wahrzunehmen und wiederzugeben. Er ist also ein kompetenter Beurteiler seiner inneren Realität.

Ein Problem für die Auswertung entsteht, wenn der Befragte durch Krankheit, Drogen etc. in seiner introspektiven und kommunikativen Kompetenz beeinträchtigt ist.

2.4.3.3. Lösungsansätze für Validitätsprobleme beim klinisch-biographisch orientierten Verfahren

Lösungsansätze dieser Probleme ergeben sich aus den 'Grundlagen für die Arzt-Patient-Beziehung' (siehe dort):

- Da ein(e) "gute(r)" Therapeut(in) in enge Berührung mit der inneren Welt seines Klienten kommen kann, wenn er sich auf seine intuitiven Gefühle verläßt (s. a. Gegenübertragung), dürfen wir annehmen, daß er ein Gespür für bewußte oder unbewußte Verzerrungen durch den Befragten entwickeln kann (nicht notwendigerweise muß).

Systematische Fehler in Form von Beantwortungsstilen (s. dort) u. ä., können aufgedeckt werden: einerseits durch einführende Beobachtung des Therapeuten / Arztes, andererseits durch die Einbeziehung von direkt

messenden Verfahren in Form von zusätzlichen psychologischen Tests (vgl. Abschnitt über Spezielle Methodik).

- Als Arzt stehen einem Möglichkeiten zur Verfügung, um manche objektiven Einschränkungen der Wahrnehmungsfähigkeit - z. B. in Form von organischen Hirnerkrankungen - zu erkennen und in der Untersuchung zu berücksichtigen.
- Bei einem retrospektiven Ansatz wie dem klinisch-biographisch orientierten Verfahren muß bei der Interpretation stets berücksichtigt werden, daß das Ergebnis - im Gegensatz zu prospektiven Verfahren - durch folgenden Einflüsse verfälscht werden kann:
 - Durch die bewußte oder unbewußte Verzerrung (verzerrte Darstellung von Situationen, Fehlerinnerung) kann die geschilderte von der tatsächlich in der Vergangenheit erlebten Situation abweichen.
 - Da die Sichtweise der äußeren Welt und damit auch die sprachliche Darstellung von Erlebnissen und Situationen sich durch neue Erfahrungen ständig verändern kann, ist bei einer retrospektiven Betrachtung keine Unterscheidung möglich, ob ein Merkmal Ursache oder Folge von neuen Erfahrungen - z. B. chronischem Kranksein - ist.
 - Die aus Gesprächen erhaltenen Informationen sind daher keine letztlichen und eindeutigen Beweise; sie können jedoch Tendenzen aufzeigen und zur Bildung von Hypothesen anregen, was SCHMALE (1972) so formuliert:

" Diese Daten können weder als letzte Evidenz benutzt werden, noch können solche Daten irgend etwas beweisen; doch sie können eine wichtige Datensammlung (body of data) ergeben, aus der Hypothesen entwickelt werden können".
 (Übers. d. Verf.) (Auf diesen Hypothesen können dann nach SCHMALE künftige prospektive Tests aufbauen.

Fazit dieser Überlegungen ist, daß immer ein erkenntnistheoretisch

möglicher Zweifel am Wahrheitsgehalt der Aussagen von befragten Personen bestehen kann. Dieser Zweifel kann durch die oben genannten Überlegungen relativiert werden.

2.5. Typizität versus Repräsentativität -

Zur Aussagekraft von kasuistisch dargestellten Stichproben der klinisch-biographisch orientierten Methode

Bei dem Befragtenkollektiv, das an Gesprächen mit der klinisch-biographisch orientierten Methode teilnimmt, handelt es sich meist um eine kleine, unausgewählte Stichprobe.

Das hat folgende Gründe:

- Der Aufwand für solche Untersuchungen (die Datenerhebung und -auswertung etc.) ist enorm - wesentlich größer als für standardisierte Verfahren. Daher ist das Kollektiv meist klein.
- Die Befragten sind oft willkürlich ausgewählt - also z. B. nur Patientinnen und Patienten einer bestimmten Klinik. Eine empirisch-analytisch geprägte Studie würde hier jedoch eine randomisierte Zufallsauswahl fordern.

Da die Befragten in den meisten Fällen also nicht nach den Kriterien empirisch-analytischer-Forschung ausgewählt werden, können die Ergebnisse auch keinen Anspruch auf Repräsentativität, also statistische Signifikanz erheben.

Nach WOTTAWA (1983) kann eine Verallgemeinerung in diesen Fällen nur interpretativ entsprechend den jeweiligen Erfahrungen erfolgen.

Nach HOHL (1982) und KLUSSMANN (198) sind allerdings auch die sogenannten repräsentativen, also statistisch signifikanten Ergebnisse anzweifelbar: Denn sie können das Zusammenspiel einzelner Faktoren nicht in ihrer ganzen Komplexität erfassen. Widersprüche und Ambivalenzen von Aussagen im Gespräch, die die Auswertung von qualitativen Interviews so schwierig gestalten, fallen dabei häufig einfach weg.

Sind dennoch Prozentwerte angegeben (in der vorliegenden Arbeit beschränken wir uns auf Größen wie "ein Drittel" oder "die Hälfte" des Kollektivs), so können diese Zahlen lediglich eine Orientierungshilfe bieten und Tendenzen aufzeigen.

Die Leistung des klinisch-biographischen Verfahrens besteht darin, in ihrer Art der kasuistischen Darstellung das Typische von Personen und

ihren Lebenszusammenhängen - auch in ihren Ambivalenzen und Widersprüchen - zu illustrieren und dadurch erst für die Leser verständlich und nachvollziehbar zu machen:

" Hier wird deutlicher, wie die einzelnen Faktoren zusammenwirken, und hinter den typischen Merkmalen die Individualität hervortritt, die nur durch eine kasuistische Beschreibung erfaßt werden kann".
(SCHMIDBAUER, 1978)

Einen Lösungsversuch stellt daher die Darstellung von Einzelschicksalen dar, die die Arbeit für den Leser / die Leserin zwar mühsamer machen, und die den vorliegenden Text evtl. schwerfälliger erscheinen lassen. Doch letztlich können nur so die Gedankengänge der Forscherin / des Forschers bei der Auswertung und Interpretation der vorliegenden Fakten annähernd nachvollziehbar und überprüfbar werden.

3. Spezielle methodische Probleme unserer Untersuchung

3.1. Probleme der Selektion unseres Kollektivs

Die Diagnose SLE wird selten - wenn auch in den letzten Jahren zunehmend gestellt (siehe auch Literaturkapitel).

Die genauen Häufigkeitsraten für den Einzugsbereich der Poliklinik konnten wir nicht feststellen, da die SLE-Betroffenen nicht von einer Stelle, sondern von verschiedenen Ärzten im ganzen Hause betreut werden, und eine genaue Gesamtzahl bisher nicht festgestellt wurde. Sie kann nur annäherungsweise bestimmt werden, dürfte aber nach unseren Schätzungen die Zahl von 100 in den letzten 10 Jahren in der Poliklinik München betreuten Personen nicht übersteigen.

Wegen dieser - aus statistischer Sicht gesehenen kleinen - Zahl nahmen wir alle Personen mit dem Verdacht auf eine Erkrankung an SLE in die Studie auf, deren Betreuung in der Poliklinik während der letzten 10 Jahre uns

durch Auskünfte der behandelnden Ärzte bzw. durch Dateneinsicht aus dem Zentralarchiv bekannt wurde.

Das heißt: Bei der Vorauswahl für unsere Gespräche handelt es sich um eine unausgewählte Stichprobe. (Bei 32 und 29 Personen stellte sich dann die Verdachtsdiagnose als begründet heraus).

Wir verzichten also wegen der kleinen Zahl auf eine Zufallszuteilung - was nicht den Regeln der empirisch-analytischen Forschung für Untersuchungen an (großen) Personenkollektiven entspricht, über die statistisch-signifikante Aussagen gemacht werden sollen; hier würde eine randomisierte Zufallsauswahl gefordert. Unsere Ergebnisse können damit nicht repräsentativ sein. Der Schwerpunkt muß vielmehr auf der Beschreibung von typischen Lebensumständen und Verhaltensweisen der Befragten liegen (dazu vergleiche Allgemeine methodische Probleme, Abschnitt: Typizität versus Repräsentativität).

3.2. Probleme des Zugangs zu den Befragten -

Gründe für eine Absage bzw. Zusage zum Erstgespräch

Aus der Gruppe der 32 Personen mit der Diagnose eines SLE fand aus unterschiedlichen Gründen mit 8 Personen kein Gespräch statt (s. a. Kapitel über die Durchführung unserer Untersuchung - Personen mit der Diagnose SLE, Absage und Zusage zum Erstgespräch).

explizit genannte Gründe für eine Absage (der 8 nicht befragten Personen):

- 1 Frau war laut Aussagen ihrer Nachmieter in der Zeit nach ihrer Betreuung in der Poliklinik an einer Gehirnblutung gestorben.
- 1 Mann ließ mir durch seine Frau ausrichten, er habe kein Interesse an einem solchen Gespräch - ohne allerdings selbst mit mir sprechen zu wollen. ("Mein Mann ist halt so, das hätt' ich ihnen gleich sagen können", ließ mich seine Ehefrau am Telefon wissen).
- 1 Frau lehnte ein Kommen ab, weil sie wegen ihres Schwindels nicht aus dem Haus gehen könne.

- 5 Frauen bedauerten, aus organisatorischen Gründen nicht zu einem Gespräch kommen zu können (zu weite Anfahrt, Berufstätigkeit, Versorgung eines Säuglings).

Unsere Vermutungen über implizite Gründe für eine Absage (der 8 nicht befragten Personen)

- Welche sonstigen Gründe hinter der Absage steckten, läßt sich anhand von vorsichtigen Bemerkungen der Befragten nur vermuten:
 - ein Mißtrauen gegenüber Fremden
 - die Angst vor Anonymitätsverlust angesichts der Datenschutzkontrollen
 - eine Verleugnung der Krankheit
 - Ärger über bestimmte Krankheitssymptome und Schwierigkeiten, damit umzugehen u. a.

Unsere Vermutungen über Gründe für eine Zusage (der 24 befragten Personen)

Die Motivation, zu einem Gespräch zu kommen, läßt sich für die von mir selbst eingeladenen Personen nach meiner Einschätzung folgendermaßen beschreiben:

Zum einen war es die Bereitschaft, zur Erforschung der Krankheit, an der sie litten, etwas beizutragen - also ein eher soziales Motiv.

Zum anderen war es ihre Neugier, wie die Gespräche ablaufen würden, und ob sie dabei etwas Neues über sich selbst erfahren würden.

Ohne die Institution Poliklinik im Hintergrund hätten die meisten nach unserem Eindruck eher abgelehnt zu kommen.

Bei zwei Frauen wird die ambivalente Einstellung zu unserer Einladung besonders deutlich: Beide wollten nur bei Erstattung der Fahrtkosten erscheinen. Eine verzichtete jedoch nach dem - sehr ausführlichen - Gespräch darauf, obwohl ich sie nochmals auf diesen Punkt am Ende des Gesprächs hingewiesen hatte.

Die andere wartete mit einer sehr genauen Kilometergeldabrechnung (incl. Abnutzungsgebühr!) auf.

Gründe für eine Zusage bzw. Absage (der 24 befragten Personen):

Für die Gruppe der Personen, die von ihren behandelnden Ärzten zum Gespräch eingeladen wurden, lassen sich die Gründe für eine Zusage oder Absage nicht im einzelnen nachvollziehen. Doch hatten wir bei 5 Frauen und 2 Männern den Eindruck, daß sie es nicht wagten, ihren Arzt als einem Vertreter der Institution Poliklinik eine solche Bitte abzuschlagen - möglicherweise aus der Angst heraus, das Vertrauensverhältnis zu ihm durch eine solche Absage zu belasten. (vgl. a. Kapitel über die Durchführung unserer Untersuchung).

3.3. Probleme der Interviewdurchführung - (vgl. auch Kapitel: Allgemeine methodische Probleme ...)

Hier wollen wir uns auf einige zentrale Probleme beschränken, auf die wir bei unserer Arbeit gestoßen sind - Methodische Grundprobleme werden im allgemeinen Methodenkapitel dargestellt.

3.3.1. Das "semistrukturierte" Interview -

Strukturierung versus Eigeninitiative (vgl. Kapitel: Die "klinisch-biographisch orientierte Methode - Das semistrukturierte Interview - MEERWEIN)

Wir versuchten, alle im Interview-Leitfaden (s. o.) angegebenen Themenkomplexe anzusprechen. Wir legten andererseits viel Wert auf die Eigeninitiative der eingeladenen Personen selbst und überließen ihnen häufig die Gestaltung des Ablaufs. Die Gespräche verliefen daher sehr unterschiedlich - je nach aktuellem Befinden, Bedürfnissen und Schwierigkeiten der Befragten. (Die vielschichtigen Probleme, die sich aus diesem Vorgehen für die Auswertung der Gespräche ergeben: siehe unter "Probleme der Auswertung").

Wir bevorzugten "offene Fragen", um den Befragten so wenig Vorgaben wie

möglich zu machen - ihnen also weniger unsere Denkweise aufzuprägen als vielmehr ihre Art zu denken kennenzulernen, z. B. fragten wir:

- Wie geht Ihre Familie mit Ihnen um, wenn Sie krank sind?
- Wie würden Sie Ihren Vater charakterisieren?

(dazu: siehe Kapitel - "Grundlagen des methodischen Vorgehens")

Falls die Befragten diese offenen Fragen nicht bzw. ausweichend beantworten ("Ja mei ..."), so gaben wir eine Hilfestellung durch Verwendung eines "polaren Begriffspaars" (s. a. Methodenkapitel), durch eine halb-offene Frage oder mit der Bitte um eine Situationsschilderung, z. B.:

- War Ihr Vater eher ein ruhiger oder ein nervöser Mensch?
- Wie verhielt er sich, wenn es daheim Streit gab?
- Können Sie ein Beispiel erzählen?

Nach solchen Anregungen kam der Gesprächsfluß in den meisten Fällen wieder in Gang.

3.3.2. Die Verzerrung der Interviewsituation: Das Beratungsgespräch

Falls das Gespräch während einer Lebenskrise stattfand - z. B. in einer neuen Schubphase der Krankheit (z. B. Patientin 11), in einer konfliktreichen Zeit mit dem Partner / der Partnerin (z. B. Patientin 20), oder in einer psychischen Krisensituation wie Angstzuständen (z. B. Patientin 6) oder Depressionen (z. B. Patientin 17), so gingen wir darauf intensiver ein. In solchen Situationen machten wir auch das Angebot für weitere Gespräche, oder gaben Adressen entsprechender Institutionen für Krisenintervention bzw. langfristige Psychotherapie weiter.

Wir ließen uns auf diese Beratungsfunktion in solchen Fällen ein, obwohl dies vom Standpunkt der "reinen" Methode als ein Abweichen von der "neutralen" Interviewsituation betrachtet wird - und somit kritikwürdig ist (HOHL, 1982).

Wir hielten diese Beratung jedoch für wichtig, da einige Personen mit der

Erwartung nach Lebenshilfe für aktuelle Probleme zu uns gekommen waren, bzw. diese gewissermaßen als Gegenleistung für ihre Bereitschaft zu kommen erwarteten.

3.3.3. Die Angst vor Anonymitätsverlust, das Mißtrauen der Befragten und die "Tendenz zur sozial erwünschten Antwort" (HERRMANN, 1969)

Speziell am Gesprächsbeginn waren die Befragten, die uns vorher nie gesehen hatten, mißtrauisch - obwohl wir einen gewissen Vertrauensvorschuß dadurch besaßen, daß wir gleichsam als Vertreter/in der Institution Poliklinik mit ihnen sprachen.

So kam es, daß manche Aussagen, die am Anfang des Gesprächs ein "problemloses" Leben angedeutet hatten, im Laufe des Gesprächs zurückgenommen wurden, wenn sich mehr Vertrauen entwickelt hatte: Durch genaue Situations schilderungen oder völlig andere Aussagen zum gleichen Thema widerriefen sie dann indirekt das am Anfang Gesagte.

So sagte Patientin 24 zu Beginn des Erstgesprächs:

"Zuhause hab' ich mich gut verstanden. Mit den Eltern gab's keine Probleme".

Im weiteren Gesprächsverlauf sagte sie über die Beziehung zu ihren Eltern jedoch folgendes:

"Um uns hat er sich fast gar nicht gekümmert, er hat fast jeden Abend im Wirtshaus getrunken". (über den Vater)

"Die hat es schwer gehabt im Leben, hat trotz 5 Kindern putzen müssen. So konnte sie uns nicht so viel Liebe geben, wie wir vielleicht gebraucht hätten". (über die Mutter)

(In solchen Fällen berücksichtigen wir für die Auswertung nur die zweite Aussage).

Bei einigen der Befragten ließ sich - insgesamt gesehen - diese Vertrauensbasis nicht herstellen. Sie zeigten auch in späteren Phasen des Gesprächs die "Tendenz zur sozial erwünschten Antwort" (HERRMANN, 1969). D. h. sie

schiienen sich bei all ihren Antworten darum zu bemühen, ihr Leben als "normal" darzustellen. Nach HERRMANNS stellt diese Beantwortungstendenz einen systematischen Fehler dar, bei dem die Befragten - unabhängig von ihrer "wirklichen" Meinung diejenige Antwort geben, die im Rahmen ihrer Erfahrungen durch Erziehung, prägende Gesellschaftsform etc. positiv bewertet wird.

Patientin 5 war die extremste Vertreterin dieses Verhaltens: Sie bemühte sich ganz stark, das zu antworten, was in unserer Kultur als sozial akzeptiert gilt, bzw. was sie als Einstellung ihrer Gesprächspartner (d. h. psychotherapeutisch orientierter Vertreter einer medizinischen Institution) vermutete.

So sagte sie über den Erziehungsstil ihrer Eltern:

" Außer meiner jüngsten Schwester, die 12 Jahre jünger ist als ich, wurden alle gleich behandelt Die Erziehung war eher ein demokratisches Prinzip mit viel Erklärung Streit gibt's nicht, abgesehen von kleineren Reibereien. Dem Streit weichen alle aus. Eine Lösung gibt's durch eine Aussprache ...".

Später im Gespräch sagte sie:

" Jeder durfte selbst entscheiden, ob er auf's Gymnasium will". (aber:)
 " Die Eltern haben den Wunsch zur höheren Schule bei den jüngeren Geschwistern eher unterstützt ...".

Sehr deutlich wird ihre Antworttendenz bei einer Bemerkung über ihre Kindheit: Auf die Frage, 'was können Sie über Ihre frühe Kindheit sagen?' antwortete die Befragte (Patientin 5): "Nichts Negatives".

Diesen Beantwortungsstil haben wir bei unserer Auswertung berücksichtigt - und versuchten dabei, auch unsere eigenen Denkgewohnheiten kritisch zu überprüfen (s. a.: Kapitel: "Probleme der Auswertung" bzw. "das Grundproblem von Subjektivität und Objektivität in der Forschung").

3.4. Probleme bei der Datenstrukturierung und -auswertung

Hier sollen einige spezielle methodische Probleme dargestellt werden, die sich bei der Strukturierung und Auswertung unserer Interviews ergaben. (Methodische Probleme grundsätzlicher Art bei der von uns angewandten

Methode können im Kapitel: "Allgemeine methodische Probleme ..." nachgelesen werden).

3.4.1. Das Gesprächsprotokoll per Mitschrift

Die Gespräche wurden durch Mitschrift protokolliert und anschließend abgetippt. Dies ist in der Psychosomatischen Beratungsstelle der Poliklinik - dem Ort der Gespräche - das übliche Verfahren. Unsere Erkenntnisse müssen sich also auf die im Protokoll vorliegenden Texte beschränken.

Nach den Kriterien der empirisch-analytischen Forschung ist dies ein unverzeihlicher Fehler, der sofort Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Untersuchung aufkommen läßt Doch wir verzichteten auf einen- oder Videomitschnitt der Gespräche aus folgenden Gründen:

- Bereits in den telefonischen Vorgesprächen war vereinzelt ein starkes Mißtrauen gegenüber unserer Untersuchung spürbar; einige Personen erschienen zum Gespräch nur bei wiederholter Zusicherung der Anonymität ihrer Aussagen.
- Wir wollten daher diese ohnehin mißtrauischen Menschen mit unserer Untersuchung nicht mehr belasten als nötig und gegen eine Mitschrift hatten sie nichts einzuwenden.
- Außerdem erschien es uns naheliegend, daß die Befragten uns bei einem Tonband oder Videomitschnitt nicht alle Informationen gegeben hätten, die wir im vertraulichen Gespräch erhalten haben.

3.4.2. Die Kehrseite des semi-strukturierten Vorgehens

Bei diesem Vorgehen prägt die erwünschte Eigeninitiative des Befragten notwendigerweise die Struktur des Gesprächs und verändert dadurch die vorher überlegten Gesprächsabläufe eines Interview-Leitfadens:

Die Fülle schlecht vergleichbarer Daten:

Zu Beginn der Untersuchung lag eine Fülle von Aussagen und persönlichen

Daten der Befragten vor, die - wie bei allen nicht - standardisierten Interviews - meist schlecht miteinander vergleichbar waren. Eine Strukturierung dieser Daten stellte sich als ein sehr zeitintensives Unterfangen heraus, da wir für die Bearbeitung jedes Themenschwerpunktes sämtliche vorliegenden Gesprächsprotokolle bis in Einzelheiten durchsehen mußten.

Die spätere Aufgliederung der Aussagen in Form von Karteikarten erleichterte zwar das Auffinden von Zitaten der einzelnen Personen; doch stellte sich die Zusammenstellung solcher Karteikarten ebenfalls als eine sehr aufwendige und zeitraubende Methode heraus Für die Verfasserin war es über lange Zeit hinweg deshalb sehr schwierig, mit der Auswertung der Daten voranzukommen, und sie konnte dabei gewisse Ähnlichkeiten mit den zähen Bemühungen eines Sysiphos feststellen

Für Gruppen von mehr als 10 Personen hält sie daher diese Methode nur für sehr bedingt geeignet. Die Verwendung eines Schreibcomputers wäre in jedem Fall sehr hilfreich.

Die "Dunkelziffer":

Wegen der Eigeninitiative der Befragten im Gespräch, auf die wir großen Wert legten, wurden die vorüberlegten Themenschwerpunkte nicht sofort intensiv besprochen.

Einem gewissen Anteil der Befragten fiel z. B. spontan ein bestimmtes - positiv oder negativ bewertetes Persönlichkeitsmerkmal bzw. eine typische Situation ein, die eine Beziehung, z. B. zur Mutter erläuterte. Der restliche Anteil der Befragten machte zu diesem Punkt keine Aussage. Für diese zweite Personengruppe ergab sich folglich eine Dunkelziffer, da nicht geklärt werden konnte, ob dieser Punkt für diese Personen unwesentlich war oder ob er im Gespräch nur vergessen bzw. verdrängt wurde, aber wesentlich war.

Bei unserer Auswertung kennzeichneten wir diese Gruppe der Befragten als Gruppe 3 (zu den beiden polaren Beschreibungsdimensionen hinzukommend) mit der Kategorie: "Keine Angaben zu diesem Thema".

3.4.3. Die Anwendung der klassischen Gütekriterien empirisch-analytisch orientierter Forschung

Die Objektivität (im Sinne der klassischen Gütekriterien):

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich daraus, daß unsere Interviewpartner unterschiedliche theoretische Voraussetzungen hatten: Der eine Interviewpartner mit einer langjährigen psychoanalytischen Ausbildung hatte einen anderen Kenntnisstand als die Verfasserin dieser Arbeit, die jedoch eine in Selbsterfahrungsgruppen geschulte, bewußte Wahrnehmung von fremdem und eigenem Verhalten einbringen konnte.

Dem entstandenen Problem bezüglich der Objektivität versuchten wir dadurch zu begegnen, daß wir die ersten 12 Gespräche, mit 10 Frauen und 2 Männern, also mit der Hälfte der Befragten - zu zweit führten, und im Anschluß daran unsere Eindrücke von der Interviewsituation austauschten. Dies erkaufte wir allerdings mit dem Nachteil, daß die Intimität des Zweiergesprächs angetastet wurde; die restlichen Erst- sowie die Zweitgespräche führte daher nur ein Interviewer.

Wir sind uns der Problematik dieses Vorgehens bewußt. Doch es erscheint uns als der beste Ausweg aus dem Widerspruch zwischen den Anforderungen der empirisch-analytischen und der klinisch-biographisch orientierten Methode zu sein.

Die Reliabilität:

Das Problem der Reliabilität unserer Ergebnisse versuchten wir durch Zweitgespräche mit den Befragten anzugehen. Bei diesen 12 Interviews bestätigte sich jedoch - bis auf Kleinigkeiten - der Eindruck, den wir beim ersten Gespräch gewonnen hatten.

Bei der anderen Hälfte der Befragten lehnten zwei Personen ein erneutes Gespräch ab (s. o.). Bei den restlichen 10 Personen verzichteten wir auf ein Zweitgespräch, da die Erstgespräche in der Endphase des Untersuchungszeitraums stattfanden, und wir uns durch ein erneutes Gespräch nach so kurzer Zeit keine wesentlich neuen Erkenntnisse erhofften.

Die Validität:

Besonders die Validität der Ergebnisse eines primär nicht quantitativ orientierten Forschungsansatzes wie des unseren wird von der empirisch-analytisch orientierten Forschung immer wieder in Frage gestellt. In der Untersuchungssituation versuchten wir diesem Problem (z. B. dem Vorwurf der Anfälligkeit für divergierende Interpretation) folgendermaßen zu begegnen:

- Nach den zu dritt geführten Gesprächen (2 Interviewer / 1 Befragter) tauschten die beiden Interviewpartner ihre persönlichen Eindrücke von den Befragten, ihrem Lebensweg und ihrer Auseinandersetzung mit der Krankheit aus und besprachen sie bei unterschiedlichen Meinungen ausführlich.
- Wir waren aufmerksam für systematische Fehler wie Beantwortungsstile (z. B. die Tendenz zur sozial erwünschten Antwort - s. o.). Auf einen Vergleich mit Testergebnissen (14 von 24 Befragten schickten Gießentest, MMPJ und psychosomatische Beschwerdeliste ausgefüllt zurück) wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Wir beschränken uns hierbei lediglich auf die Ergebnisse, die wir anhand der klinisch-biographisch orientierten Gespräche erhielten.

ZUSAMMENFASSUNG

Literaturstudien über die Beziehung von Umwelt, Immunsystem und menschliche Psyche und Ergebnisse der Streßforschung und Psychoanalyse sind die Basis der vorliegenden Untersuchung über psychosomatische und psychosoziale Aspekte bei Patienten mit Systemischem Lupus Erythematoses (SLE).

1. Fragestellung

Mit dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob Personen, bei denen sich später eine Erkrankung an SLE manifestierte, häufig belastenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen ausgesetzt waren.

Ferner wird untersucht, ob diese Erlebnisse durch aktuelle oder chronifizierte Konfliktsituationen im Zusammenhang mit tatsächlichen oder drohenden Verlusten von Personen, Sachen, Lebenszielen oder Lebensräumen gekennzeichnet sind. Frühkindliche Erfahrungen sowie gesellschaftliche Bedingungen im Umfeld der Befragten während ihrer Kindheit werden dabei ebenso berücksichtigt wie die individuelle Verarbeitung von belastenden Ereignissen. Ob die Art der Verarbeitung von einschneidenden Erfahrungen möglicherweise eine "fördernde Bedingung" (permissive setting) für die Manifestation an SLE darstellen könnte, wird ebenfalls untersucht.

Die Fragen werden im Vergleich mit der Fachliteratur diskutiert.

2. Patientenkollektiv und Methode

Bei der Patientenvorauswahl handelt es sich um 39 Personen - 33 Frauen und 6 Männer - die in der Medizinischen Poliklinik der Universität München mit der Verdachtsdiagnose oder der gesicherten Diagnose einer Erkrankung an Systemischem Lupus Erythematoses ambulant betreut wurden.

24 Personen, 20 Frauen und 4 Männer mit der gesicherten Diagnose eines SLE waren zu Gesprächen bereit.

Das Durchschnittsalter der 20 Frauen war bei Manifestationsbeginn der Erkrankung 28,8 Jahre, das Durchschnittsalter der 4 Männer 25,3 Jahre. Das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung war bei den 20 Frauen 32,8 Jahre, bei den 4 Männern 28,3 Jahre.

Der durchschnittliche Zeitabstand zwischen Erstmanifestation der SLE-Symptomatik und dem ersten Gesprächstermin war 6 Jahre und 9 Monate, zwischen Diagnosestellung und erstem Gesprächstermin 3 Jahre.

Als diagnostische Methode wurde das klinisch-biographisch orientierte Gespräch verwendet.

Die Gespräche wurden anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Frühkindliche Erfahrungen

Nach Aussagen der Befragten ergaben sich häufig störende Einflüsse auf die frühkindliche Entwicklung der Befragten:

Die Eltern zeigten häufig ein emotional distanziertes, desinteressiertes Verhalten (13 Mütter, 9 Väter), ein emotional inkonstantes Verhalten (6 Mütter, 8 Väter) oder / und ein einschränkendes Verhalten (16 Mütter, 11 Väter).

Es traten auch gehäuft frühkindliche Trennungserfahrungen auf (Trennung von 8 Müttern, von 10 Vätern). Insgesamt stand ein distanziertes sowie ein einschränkendes Verhalten bei beiden Elternteilen im Vordergrund der Schilderungen:

- Emotionale Distanz zu mindestens einem Elternteil gaben 18 Personen an.
- Starke Einschränkungen ihres Freiraumes durch mindestens einen Elternteil äußerten 18 Personen.

In der Kindheit herrschten in der Umgebung der Patienten - gemessen an den Kriterien von MAHLER (1978) - schlechte Bedingungen für eine ungestörte

frühkindliche Entwicklung. Hinweise auf Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung aller von MAHLER beschriebenen Entwicklungsperioden wurden gefunden.

Ebenso wurde der Einfluß gesellschaftlicher Bedingungen auf die frühkindlichen Erfahrungen der Patienten untersucht:

- Arbeitslosigkeit, Alkoholismus und Eheprobleme der Eltern prägten schon früh die Lebensgeschichte von annähernd zwei Drittel der Befragten (15 Personen): Drei Mütter waren bei Geburt der Patienten minderjährig und ohne Ausbildung, 2 Väter alkoholabhängig und ohne festen Arbeitsplatz, 2 Väter Frührentner, 6 Mütter (ohne Berufsausbildung) waren Alleinverdiener der Familie; in 15 Fällen war die frühe Kindheit stark durch finanzielle Probleme der Ursprungsfamilie geprägt.
- Mindestens 7 Patienten waren zudem den Problemen sozialer Integration und dem Anpassungsdruck an soziale Normen ausgesetzt: 2 Väter waren alkoholabhängig; 5 Mütter brachten ihr Kind unerwünscht ohne festen Lebenspartner zur Welt.

3.2. Verhaltensweisen der Befragten, Bedeutung der Erwerbstätigkeit

Unter den Aspekten des Selbstbildes wurden Konflikt- und Kontaktverhalten, Stimmungslage, kontrollierende Tendenzen, sowie die Bedeutung von Arbeit, Leistung und körperlicher Bewegung näher untersucht. Folgende - in der Literatur häufig beschriebenen - Sachverhalte konnten bestätigt werden:

- eine starke Orientierung an Normen von Zuverlässigkeit und Pflichterfüllung (8 Personen), eine frühe Übernahme von Verantwortung (2 Personen)
- ein starker Drang nach körperlicher Bewegung (17 Personen)
- Ruhelosigkeit, angespannte Körperhaltung sowie ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle von Situationen (17 Personen im Selbsturteil, 13 Personen im Fremdurteil)
- eine entscheidende Bedeutung von Erwerbstätigkeit im Leben der Befragten (14 Personen - alle Frauen).

Erwerbstätig zu sein hatte unterschiedliche Funktionen für die Befragten:

- Flucht aus dem Elternhaus, Unabhängigkeit (11 Personen)
- Kontakt, der nicht zu nah ist, z. B. in einem Helferberuf (7 Personen)
- Möglichkeiten für Gespräche (11 Personen)
- ein Austesten der körperlichen Leistungsfähigkeit (9 Personen)
- eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls (11 Personen).

12 Personen erkrankten im Zusammenhang mit ihrer Arbeitssituation.

3.3. Belastende lebensgeschichtliche Ereignisse vor Manifestation der Erkrankung an Systemischem Lupus Erythematoses (SLE)

Im Zeitraum vor Manifestation der Erkrankung an SLE war bei zwei Drittel des Gesamtkollektivs (bei 16 Personen) mindestens ein belastendes lebensgeschichtliches Ereignis eruierbar. Alle 16 Personen erlebten vor Beginn der Krankheitssymptomatik Konfliktsituationen im Zusammenhang mit drohenden oder tatsächlichen Verlusterlebnissen:

- in der Beziehung zu einer ihnen nahestehenden Person (7 Personen)
- im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit (7 Personen)
- bezüglich ihres vertrauten Lebensraumes (6 Personen, wobei 4 von ihren Eltern wegzogen).

Diese aktuellen Belastungssituationen geschahen vor dem Hintergrund von chronifizierten Konfliktsituationen in der Beziehung zu ihren Eltern (bei 14 Personen) und / oder zu ihrem Lebenspartner (bei 14 von 17 verheirateten Personen).

4. Diskussion der Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

Die Ergebnisse der biographisch orientierten Literatur über SLE-Patienten bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der frühkindlichen Entwicklung, der untersuchten persönlichen Eigenarten und Verhaltensweisen der Patienten und der Bedeutung von einschneidenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen vor Manifestation der Erkrankung an SLE:

- Störungen der frühkindlichen Entwicklung (frühkindliche Trennungserfahrungen, Erfahrungen emotionaler Distanz, ausgeprägter Bevormundung durch die Eltern bzw. eine stark ambivalente Beziehung zu ihnen) sowie eine konfliktreiche, häufig nicht vollzogene innere Ablösung und Abgrenzung von ihnen, v. a. von der Mutter, werden von der Mehrheit der Autoren übereinstimmend berichtet.
- Eine starre Normorientierung, eine starke Neigung zu Ruhelosigkeit, angespannter Körperhaltung und ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle sowohl des eigenen Körpers als auch von neuen, ungewohnten Situationen, die Verleugnung von Ängsten, eine Neigung zu depressiver Verstimmung sowie deutliche ambivalente Tendenzen von innerem Rückzug bei gleichzeitigem Wunsch nach Nähe und Hinwendung zu nahestehenden Personen bestätigen ebenfalls die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. Die besondere Bedeutung der Erwerbstätigkeit für das Leben von SLE-Patienten wurde in der Literatur nicht näher untersucht.

Im Vergleich mit der biographisch orientierten Literatur über an cP und Carcinomen erkrankte Personen wurden folgende Parallelen festgestellt:

- ungünstige Bedingungen der frühkindlichen Entwicklung ("emotionale Kälte" in frühkindlichen Beziehungen - cP-Patienten, starke elterliche Bevormundung - cP-Patienten, starke ambivalente Tendenzen der Mutter in der Beziehung zum Patienten - cP-Patienten)
- ein Hervortreten bestimmter Persönlichkeitszüge (eine Unfähigkeit, Emotionen auszudrücken - cP- und Carcinom-Patienten, eine Unfähigkeit, v. a. mit Gefühlen von Ärger adäquat umzugehen - cP-Patienten, körperliche Bewegung als sozial akzeptierte Form der Aggressionsverarbeitung - cP-Patienten)

- ten, eine Neigung zu innerem Rückzug und Einzelgängertum - Carcinom-Patienten)
- massive ungelöste Ablösungskonflikte von den Eltern (cP-Patienten und Carcinom-Patienten)
- belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen im Zeitraum vor Manifestation der Erkrankung (inadäquate Aggressionsverarbeitung im Zusammenhang mit Konfliktsituationen - cP-Patienten, einschneidende und als endgültig erlebte Erfahrungen, z. B. der Tod einer nahestehenden Person - Carcinom-Patienten).

5. Diskussion der methodischen Probleme der vorliegenden Untersuchung

Die allgemeinen und speziellen Probleme der Interviewführung und -auswertung von klinisch-biographischen Gesprächen wurden in der vorliegenden Untersuchung ausführlich erläutert.

Es ergaben sich folgende grundsätzlich methodischen Probleme sowie Lösungsmöglichkeiten:

- Es wurde deutlich, daß Probleme von Subjektivität und Objektivität in der Psychosomatischen Forschung nicht nur im Bereich der biographisch orientierten Methode, sondern auch für empirisch-analytische Verfahren existieren. Die Überprüfung der klassischen Gütekriterien empirisch-analytischer Forschung (Objektivität, Reliabilität, Validität) ist in beiden Fällen nicht unabhängig vom weltanschaulichen Vorverständnis des Forschers. Trotz dieses erkenntnistheoretisch letztlich nicht auflösbaren Widerspruchs ist in der Praxis der Anwendungsversuch dieser empirisch-analytischen Kategorien sinnvoll.
- Die Sprache ist ein Filter von expliziten und impliziten Informationen eines Gesprächs, auch des Arzt-Patienten-Gesprächs. Sie vermittelt im qualitativen Interview Einblicke in das Fühlen und Denken von Personen, ohne daß dabei alle Mehrdeutigkeiten und Ambivalenzen durch die "methodische Eliminierung bestimmter Sinnebenen" (HOHL) wegfallen - im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen.

- Das Problem der Datenstrukturierung subjektiver Informationen, ihre Zuordnung zu Kategorien und das resultierende "interpretative Dilemma" (HOHL) wird in der vorliegenden Arbeit durch häufiges Zitieren von Gesprächspassagen gelöst.
- Die Leistung des klinisch-biographischen Verfahrens besteht außerdem darin, in seiner Art der kasuistischen Darstellung das "Typische" von Personen und ihren Lebenszusammenhängen - mit ihren Widersprüchlichkeiten - zu illustrieren und für die Leser verständlich und nachvollziehbar zu machen.

Insgesamt erweist sich das klinisch-biographisch orientierte Gespräch trotz aller genannten methodischen Bedenken insgesamt als eine brauchbare Methode, um ein umfassendes Bild von Personen, ihren Beweggründen und Widersprüchen zu erhalten.

Im Rahmen der methodischen Diskussion wurden außerdem einige spezielle Probleme der Untersuchung erörtert:

- Probleme der Selektion des Kollektivs
- Probleme des Zugangs zu den befragten Personen
- Probleme der Interviewdurchführung (Verzerrung der Gesprächssituation durch Beratung der Patienten, ihre Tendenz zur "sozial erwünschten Antwort" etc.)
- Probleme der Datenstrukturierung und -auswertung (bezüglich der Kriterien Objektivität, Reliabilität, Validität).

6. Ansätze der Hypothesenbildung für künftige prospektive Untersuchungen

Auf der Grundlage von Erkenntnissen der Neuropsychimmunologie und psychosozialen Streßforschung konnte durch die vorliegende Untersuchung die Bedeutung von Konfliktsituationen im Zusammenhang mit drohenden oder tatsächlichen Verlusterlebnissen auf dem Boden frühkindlicher Entwicklungsstörungen herausgearbeitet werden. Trennungserfahrungen bzw. Verlust eines "Schlüsselobjektes"

(psychosoziale Streßforschung) führen möglicherweise unter solchen Umständen (evtl. nur bei biologisch prädisponierten Personen) zu einer depressiven Reaktionsweise (Psychoanalyse) bzw. zu einem "giving-up-/ given-up-complex" (psychosoziale Streßforschung). Dieser Zustand ist jeweils durch Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit charakterisiert.

Das Vorhandensein eines giving-up-complex bzw. einer depressiven Reaktionsweise kann für die vorliegende retrospektive Untersuchung aus methodischen Gründen nur postuliert, aber nicht bewiesen werden. Er gilt als "permissive setting" (fördernde Bedingung - SCHMALE, 1972) für den Beginn zahlreicher Erkrankungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnten als Pilot-Studie dienen und somit Ausgangspunkt einer prospektiven Untersuchung mit psychosomatischer Betrachtungsweise sein, bei der der Schwerpunkt auf einem Verständnis für die Bedeutung einer u. U. lebensbedrohlichen Erkrankung an SLE für den betroffenen Menschen liegt.

A N H A N G

Anzahl der Gespräche:

- Erstgespräche	alle 24 Patienten	= 24 Patienten
- Zweitgespräche		
- ja	1/2/4/5/6/7/11/16/18/20/22//9	= 12 Patienten
- nein, weil weniger als 2 Mon. vorher Erstge- spräche	3/10/12/14/15/17/19/24//13/23	= 12 Patienten
- nein, weil abgelehnt	21//8	= 2 Patienten

Anzahl der Gesprächspartner:

- Erstgespräche mit 2 Partnern	1/2/4/5/6/16/18/20/21/22//8/9	= 12 Patienten
- Erstgespräche mit 1 Partner	3/7/10/11/12/14/15/17/19/24// 13/23	= 12 Patienten
- Zweitgespräch mit 1 Partner	1/2/4/5/6/7/11/16/18/20/22//9	= 12 Patienten

Die Patienten 8/9/13/23 sind Männer, die anderen 20 Personen Frauen.

1. Daten zur sozialen Situation in der Kindheit (der Befragten)

1.1. Lebensraum und soziale Situation des Patienten / der Patientin in der frühen Kindheit: (s.a. Sozialstatus der Eltern)

1.1.1. Lebensraum der frühen Kindheit

Der Patient / die Patientin wuchs vorwiegend auf

- im Dorf	2/7/14/17/18//9	= 6 Patienten
- in einer Kleinstadt (bis 10.000 E.)	3/11/15/20//8	= 5 Patienten
- in einer mittelgr. Stadt (bis 100.000 E.)	1/5/10/12/16/19/22//13	= 8 Patienten
- in einer Großstadt (ab 100.000 E.)	4/6/21/24//23	= 5 Patienten

1.1.2. Soziale Situation bei der Geburt und / oder in der frühen Kindheit des Patienten / der Patientin

- Mutter ist minderjährig und ohne Ausbildung	1/10/20	= 3 Patienten
- finanzielle Notlage der Mutter bzw. der Familie	1/2/3/10/12/14/15/17/19/21/ 22/24//8/9/13	= 15 Patienten
- Vater alkoholabhängig, ohne festen Arbeitsplatz	3/24	= 2 Patienten
- Vater Frührentner	16/22	= 2 Patienten
- Mutter jahrelang Alleinver- dienerin	10/14/19/21	= 4 Patienten

1.1.3. Die Geschwister

1.1.3.1. Anzahl der Geschwister

- keine Geschwister	0	= 0 Patienten
- eines (6 Frauen, 1 Mann)	1/3/4/6/14/19//23	= 7 Patienten
- zwei Geschwister (3 Frauen, 2 Männer)	7/10/18//8/13	= 5 Patienten
- drei und mehr Geschwister (11 Frauen, 1 Mann)	2/5/11/12/15/16/17/20/21/ 22/24//9	= 12 Patienten

1.1.3.2. Stellung in der Geschwisterreihe

- erstgeboren (9 Frauen, 2 Männer)	1/2/3/6/10/11/14/19/21//8/23	= 11 Patienten
- erstgeboren, weiteres Kind nach weniger als 4 Jahren (5 Frauen, 2 Männer)	1/2/3/6/11//8/23	= 7 Patienten
- erstgeboren, weiteres Kind nach mehr als 6 Jahren (4 Frauen)	10/14/19/21	= 4 Patienten
- Kind mit älteren und jüngeren Geschwistern (6 Frauen, 1 Mann)	5/7/15/20/22/24//9	= 7 Patienten
- als jüngstes Kind geboren (5 Frauen, 1 Mann)	4/12/16/17/18//13	= 6 Patienten
- als jüngstes Kind geboren und dabei wesentlich jünger als die anderen (>6 Jahre) = "Nachkömmling" (2 Frauen)	12/18	= 2 Patienten

1.2. Sozialer Status der Mutter in der frühen Kindheit der Patientin / des Patienten

1.2.1. Alter der Mutter bei der Geburt (d. Pat.)

- unter 21 Jahren (damals minderjährig)	1/10/20	= 3 Patienten
- zwischen 21 und 30 Jahren	2/3/5/6/7/11//8/9/23	= 9 Patienten
- zwischen 31 und 35 Jahren	4/15/18/19/21	= 5 Patienten
- über 35 Jahre	12/16	= 2 Patienten
- Alter nicht bekannt	14/17/22/24//13	= 5 Patienten

1.2.2. Ausbildung der Mutter

- Volksschulabschluß	1/2/4/5/7/10/11/12/14/15/17 18/20/21/22/24//8/9/23	= 19 Patienten
- Gesellenprüfung	3/16//13	= 3 Patienten
- mittlere Reife	6/19	= 2 Patienten
- Abitur / Studium	0	= 0 Patienten

1.2.3. Berufstätigkeit der Mutter in der frühen Kindheit (d. Pat.)

1.2.3.1. Berufstätigkeit und Mutter-Kind-Beziehung = 24 Patienten

Arbeit ohne Kind:

- Arbeit ohne Berufsqualifikation (= ungelernte Arbeit)	14/17/21/24//8	= 5 Patienten
- Arbeit im erlernten Beruf	3/19//13	= 3 Patienten

Arbeit mit Kind: - 16 Patienten

- Selbständig (z. B. eigenes, kleines Geschäft)	12	= 1 Patient
- Arbeit in Haushalt und eigener Landwirtschaft	2/15//9	= 3 Patienten
- Arbeit im Haushalt	1/4/5/6/7/10/11/16/18/20 22//23	= 12 Patienten

1.2.3.2. Doppelbelastung (s.o.) 2/3/12/14/15/17/19/21 24//8/9/13 = 12 Patienten

1.3. Sozialer Status des Vaters / des Stiefvaters in der frühen Kindheit (d. Pat.) - (23 Personen insgesamt, vgl. Erläuterung)

1.3.1. Alter des Vaters bei der Geburt der Patienten

1.3.1.1. Leiblicher Vater

- insgesamt		= 19 Patienten
- zwischen 21 und 30 Jahren	1/11/20//9	= 4 Patienten
- zwischen 30 und 40 Jahren	4/5/6/7/12/18//23	= 7 Patienten
- über 40 Jahre	15/16	= 2 Patienten
- Alter nicht bekannt	2/3/17/22/24//13	= 6 Patienten

1.3.1.2. Stiefvater

- insgesamt	10/19/21//8	= 4 Patienten
-------------	-------------	---------------

1.3.2. Ausbildung des Vaters

1.3.2.1. Leiblicher Vater

- Volksschulabschluß, keine Berufsausbildung	1/2/3/4/17/22/24//9	= 8 Patienten
- Gesellenprüfung	6/7/11/12/15/16/20//13/23	= 9 Patienten
- Meisterprüfung	18	= 1 Patient
- mittlere Reife	5	= 1 Patient

1.3.2.2. Stiefvater

- Volksschulabschluß	10/21//8	= 3 Patienten
- fachgebundene Hochschulreife, abgeschlossenes Studium	19	= 1 Patient

1.3.3. Ausgeübter Beruf des Vaters in der Kindheit (d. Pat.)

1.3.3.1. Leiblicher Vater

- ohne festen Arbeitsplatz	3/24	- 2 Patienten
- Frührentner	16/22	= 2 Patienten
- Berufstätig ohne Ausbildung, z. B. Fabrikarbeiter	4/17//9	= 3 Patienten
- Berufstätig im erlernten Handwerk bzw. in der Landwirtschaft	2/11/15/18/20//13/23	= 7 Patienten
- Landwirt	2	- 1 Patient
- Handwerker	11/15/20//13/23	- 5 Patienten
- Handlungsmeister in leitender Position	18	= 1 Patient
- Beamter oder Angestellter, einfache Laufbahn	5/7/12	- 3 Patienten
- selbständig: eigenes Geschäft oder Werkstatt	1/6	= 2 Patienten
- zusätzlich Nebenerwerbslandwirtschaft	15/20//9	- 3 Patienten
- Väter, die nicht ganzzeitig vom Kind getrennt sind:		
- selbständig	1	1 Patient
- Landwirt	2	- 1 Patient
- Frührentner	16/22	= 2 Patienten

1.3.3.2. Stiefvater

- ungelernter Arbeiter bzw. Arbeitsloser	8	- 1 Patient
- Handwerker	21	- 1 Patient
- leitender Angestellter	19	- 1 Patient
- Beruf unbekannt	10	1 Patient

2. Aspekte der frühen Mutter-Kind-Beziehung - nach MAHLER, 1978 (anhand der Gesprächsprotokolle)

2.1. Negative Bewertung von mütterlichem Verhalten durch die Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

2.1.1. Distanziertes Verhalten der Mutter

- 13 Personen (12 Frauen, 1Mann) 1/2/3/6/7/10/12/15/16/17
21/24//23 = 13 Patienten

2.1.1.1. kühles Verhalten
der Mutter 1/2/3/6/15/17/21/24//23 = 9 Patienten

2.1.1.2. massiv ablehnendes
Verhalten der Mutter 10/12 = 2 Patienten

2.1.1.3. Kontakt zur Mutter ist
wesentlich schlechter
als zum Vater 1/2/7/16 = 4 Patienten

2.1.2. Emotional inkonstantes Verhalten der Mutter

- 6 Personen (4 Frauen, 2 Männer) 1/12/19/24//9/23 = 6 Patienten

2.1.3. Einschränkendes Verhalten der Mutter

- 16 Personen (15 Frauen,
1 Mann) 1/2/3/4/6/10/11/12/15/16/18
19/20/21/22//23 = 16 Patienten

2.1.3.1. forderndes, vorwurfs-
volles Verhalten 1/2/3/4/11/22//23 = 7 Patienten

2.1.3.2. bevormundendes Ver-
halten 6/10/12/15/16/18/19/20/21/22 = 9 Patienten

2.1.3.3. kontrolliertes Ver-
halten 4/6/20 = 3 Patienten

2.1.4. Frühkindliche Trennung von der Mutter

- 8 Personen (2 Frauen, 2 Män-
ner) 3/14/17/19/21/24//8/13 = 8 Patienten

2.1.4.1. häufige Trennung 3/14/17/19/21/24//8/13 = 8 Patienten

2.1.4.2. längerdauernde Tren-
nung 3/8//13 = 3 Patienten

2.1.4.3. konstante Bezugsperson
vorh. (außer d. M.) 3/14/21//8/13 = 5 Patienten

2.1.4.4. andere konstante Bez.-
person nicht vorh. 17/19//24 = 3 Patienten

2.2. Positive Bewertung von mütterlichem Verhalten durch die Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

2.2.1. Emotionale Nähe im Kontakt zur Mutter

- 2 Personen (2 Frauen) 4/22 = 2 Patienten

2.2.1.1. zärtliches Verhalten 4 = 1 Patient

2.2.1.2. verständnisvolles Verhalten 22 = 1 Patient

2.2.2. Ruhiges, ausgeglichenes Verhalten der Mutter

- 1 Person (1 Frau) = 1 Patient

2.2.3. Freiraum gewährendes Verhalten der Mutter

- 4 Personen (3 Frauen, 1 Mann) 3/13/17/19 = 4 Patienten

2.2.4. Häufige Anwesenheit der Mutter

- 5 Personen (5 Frauen) 2/4/6/11/20 = 5 Patienten

2.3. Keine Angaben der Befragten zu den genannten mütterlichen Verhaltensweisen

2.3.1. Distanziertes bzw. emotional nahes Verhalten 5/11/14/18/19/20//8/9/13 = 9 Patienten

2.3.2. Emotional inkonstantes bzw. ausgeglichenes Verhalten 3/4/5/6/7/10/11/14/15/16/17/18/20/21/22//8/13 = 17 Patienten

2.3.3. Einschränkendes bzw. Freiraum gewährendes Verhalten 5/7/14/24//8/9 = 6 Patienten

2.3.4. Abwesenheit bzw. Anwesenheit 1/5/7/10/12/15/16/18/22//9/23 = 11 Patienten

3. Aspekte der Beziehung zum Vater (anhand der Gesprächsprotokolle)

3.1. Negative Bewertung von väterlichem Verhalten durch die Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

3.1.1. Distanziertes Verhalten des Vaters

- 9 Personen (8 Frauen, 1 Mann) 10/15/17/18/19/22/24//13 = 9 Patienten

3.1.1.1. wenig zärtliches Ver-
halten 10/15/17/18/19/22/24//23 = 9 Patienten

3.1.1.2. massiv ablehnendes Ver-
halten 10/19 = 2 Patienten

3.1.2. Emotional inkonstantes Verhalten des Vaters

- 8 Personen (7 Frauen, 1 Mann) 1/3/4/17/19/22/24//13 = 8 Patienten

3.1.3. Einschränkendes Verhalten des Vaters

- 11 Personen (8 Frauen, 3 Män-
ner) 1/4/10/15/16/17/19/20/22//8
13 = 11 Patienten

3.1.3.1. bevormundendes, stren-
ges Verhalten 1/4/10/15/17/19/22//8/13 = 9 Patienten

3.1.3.2. kontrolliertes Ver-
halten 16/20 = 2 Patienten

3.1.4. Frühkindliche Trennung vom Vater - wenig gemeinsame Zeit mit dem Vater

- 10 Personen (7 Frauen, 3 Män-
ner) = 10 Patienten

3.1.4.1. seltene Anwesenheit
(zu Hause) 3/12/17/18/20/24//23 = 7 Patienten

3.1.4.2. Anwesenheit, aber häu-
fig erschöpfter Zustand 4/18//9 = 3 Patienten

3.1.4.3. längerdauernde Trennung 3//13 = 2 Patienten

3.2. Positive Bewertung von väterlichem Verhalten durch die Befragten (anhand der Gesprächsprotokolle)

3.2.1. Emotionale Nähe und Verständnis im Kontakt zum Vater

- 6 Personen (5 Frauen, 1 Mann) 1/2/7/11/16//23 = 6 Patienten

3.2.1.1. zärtlicher Kontakt 1/2/7/11/16 = 5 Patienten

3.2.1.2. Lieblingskind 1/2/7/16 = 4 Patienten

3.2.1.3. akzeptierendes, ver-
ständnisvolles Verhal-
ten 2/16//23 = 3 Patienten

3.2.2. Ruhiges / ausgeglichenes Verhalten des Vaters

- 4 Personen (3 Frauen, 1 Mann) 2/11/12//23 = 4 Patienten

3.2.3. Freiraum gewährendes Verhalten des Vaters

- keine Person = 0 Patienten

3.2.4. Häufige Anwesenheit des Vaters während der ersten sechs Lebensjahre

- 5 Personen (5 Frauen) 1/2/7/11/16 = 5 Patienten

3.3. Keine Angaben der Befragten zu den Unterpunkten 1 bis 4

3.3.1. Distanzierte bzw. emotional nahe Kontakte zum Vater

- 8 Personen (6 Frauen, 2 Män-
ner) 3/4/5/6/12/21//8/9 = 8 Patienten

3.3.2. Emotional inkonstantes bzw. ausgeglichenes Verhalten des Vaters

- 11 Personen (9 Frauen, 2 Män-
ner) 5/6/7/10/15/16/18/20/21//8/9 = 11 Patienten

3.3.3. Freiraum einschränkendes bzw. Freiraum gewährendes Ver- halten des Vaters

3.3.4. Abwesenheit / Anwesenheit des Vaters während der ersten
sechs Lebensjahre

- 5 Personen (4 Frauen, 1 Mann) 5/6/15/22//8 = 5 Patienten

3.4. Keine Vaterfigur in den ersten Lebensjahren

- 4 Personen (4 Frauen) 10/14/19/21 = 4 Patienten

3.5. Verlust des Vaters durch Tod

- 2 Personen (2 Frauen) 1/2 = 2 Patienten

4. Chronifizierter Konflikt in der Beziehung zu Eltern und Partner

4.1. Ablösungskonflikt mit den Eltern insgesamt

- 14 Personen (13 Frauen,
1 Mann) 2/4/5/6/7/10/11/12/16/18
19/20/22//13 = 14 Patienten

4.1.1. Ablösungskonflikt mit
der Mutter 2/4/5/6/10/11/12/19/20/22 = 10 Patienten

4.1.2. Ablösungskonflikt mit
dem Vater 4/5/7/11/16//13 = 6 Patienten

4.1.3. Ablösung vom Elternhaus
als Triebfeder für Heirat 10/18/20 = 3 Patienten

4.2. Chronifizierte Konfliktsituationen mit dem Partner

- 14 Personen (13 Frauen,
1 Mann) 2/3/4/10/11/14/15/17/18/19/20
21/22//13 = 14 Patienten

4.2.1. Schwangerschaft und Be-
ziehungsbeginn (ca.
gleichzeitig) 2/3/14/17/18/20 = 6 Patienten

4.2.2. Kinder bei chronischem
Partnerkonflikt 3/14/17/20 = 4 Patienten

4.2.3. Hausbau (evtl. mit Schwan-
gerschaft bei chron. Part-
nerkonflikt) 2/4/15 = 3 Patienten

4.2.4. Bedeutung materieller
Werte für die Partner-
beziehung 15//8 = 2 Patienten

4.2.5. Zeitdauer des chronischen Partnerkonflikts

- weniger als 1 Jahr 19/20//13 = 3 Patienten

- bis 5 Jahre 10/11/15/17 = 4 Patienten

- bis 10 Jahre 3/4/14/18/22 = 5 Patienten

- mehr als 20 Jahre 2/21 = 2 Patienten

Hinweis:

- Ablösungskonflikt von Eltern
und Partner 2/4/10/11/18/19/20/22//13 = 9 Patienten

5. Aktuelle Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem tatsächlichen, drohenden oder fantasierten Verlusterlebnis

- Konfliktsituationen in den letzten 2 Jahren vor Krankheitsbeginn werden berichtet 1/2/3/4/5/7/11/17/18/19/20/21/24//9/13/23 = 16 Patienten
- Konfliktsituationen in den letzten 2 Jahren vor Krankheitsbeginn werden nicht berichtet 6/10/12/14/15/16/22//8 = 8 Patienten

5.1. Konflikt im Zusammenhang mit der Beziehung zu einer nahestehenden Person

- 7 Personen (7 Frauen) 1/3/4/11/17/21/24 = 7 Patienten
- 5.1.1. Tod einer nahestehenden Person 4/17/24 = 3 Patienten
- 5.1.2. drohender Verlust einer nahestehenden Person bei Krankheit 1 = 1 Patient
- 5.1.3. Bedeutsame Konflikte mit einer nahestehenden Person 3/11/21 = 3 Patienten

5.2. Konfliktsituationen im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit

- 7 Personen (6 Frauen, 1 Mann) 2/3/11/18/19/20//13 = 7 Patienten
- 5.2.1. Verlust/Aufgabe des (bedeutsamen) Arbeitsplatzes 11/20 = 2 Patienten
- 5.2.2. Wechsel eines (bedeutsamen) Arbeitsplatzes 3/18//13 = 3 Patienten
- 5.2.3. Konflikt am Arbeits-/Ausbildungsplatz mit drohendem fantasierten Verlust 2/19//9 = 3 Patienten

5.3. Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einem Ortswechsel

- 6 Personen (4 Frauen, 2 Männer) 5/7/19/20//13/23 = 6 Patienten

5.3.1. Zusammenziehen mit Lebenspartner 7/20//13 = 3 Patienten

5.3.2. Wegzug aus dem Elternhaus wegen einer Ausbildung 5/19 = 2 Patienten

5.3.3. Häufige Ortswechsel durch Reisen in weit entfernte Gebiete 23 = 1 Patient

6. Einige Aspekte des Selbstbildes der befragten Personen (anhand der Gesprächsprotokolle)

6.1. Kontaktverhalten (im Selbstbild)

- Einzelgänger	1/5/6/14/15/16/17/18/19 21//13/23	= 12 Patienten
- Kontakt als Ablenkung vom Grübeln	4/10/11/20/22	= 5 Patienten
- keine Angaben	2/3/7/12/24//8/9	= 7 Patienten

6.2. Konfliktverhalten (im Selbstbild)

- Ärger schlucken (insgesamt)	2/6/10/11/17/19/21/24//8 9/13/23	= 12 Patienten
- Ärger "schlucken"	6/17/19/21/24//8/9/13	= 8 Patienten
- Ärger "schlucken" bis zum Kon- trollverlust	2/10/11/20	= 4 Patienten
- widersprüchliche Angaben zum Konfliktverhalten	1/3/4/5/7/15/18/22	= 8 Patienten
- keine Angaben	12/14/16//23	= 4 Patienten

6.3. Spannung und Kontrolle (im Verhalten und im Selbstbild der Be- fragten)

6.3.1. kontrolliertes Verhalten in der Gesprächssituation

	2/4/5/6/7/12/16/19/20//8/9 13/23	= 13 Patienten
- angespannt (stark) in Gesprächs- situation	2/4/5/7/12/16/20//8/9/13/23	= 11 Patienten
- Kontrollversuche in Gesprächs- situation	4/5/6/7/19	= 5 Patienten

6.3.2. Anspannung und Kontrolle im Selbstbild

	1/2/3/4/5/6/10/11/15/17/18 20/21/22/24//9/23	= 17 Patienten
- unruhig, angespannt	4/10/15/21/22/24//23	= 7 Patienten
- Verkrampfung	2/3/17	= 3 Patienten
- Neigung zu stark kontrollier- ten Reaktionen	1/4/5/11/18/20/21/22/24//9	= 10 Patienten

- Angst vor Situationen mit wenig Kontrollmöglichkeit	5/6	= 2 Patienten
- keine Angaben	7/12/14/16/19//8/13	= 7 Patienten
- "Therapie" der Anspannung		
- Alkohol, Tabletten	4/21//8	= 3 Patienten
- Bewegung	2/10/15/20/22//23	= 6 Patienten
- keine Angaben	1/3/5/6/7/11/12/14/16/17/18 19/24//9/13	= 15 Patienten

6.4. Stimmungslage (in der Selbsteinschätzung)

- stark gedrückte Stimmung	1/2/3/4/6/7/10/11/14/16/17 18/20/21/22/24	= 16 Patienten
- gedrückte Stimmung, dabei Aufmunterung des Partners	8/23	= 2 Patienten
- keine Angaben	5/12/15/19//9/13	= 6 Patienten

6.5. Die Bedeutung von Arbeit und Leistung im Urteil der Befragten

6.5.1. Leistungsverhalten und Pflichtbewußtsein in Kindheit und Jugend

	1/2/11/12/15/17/22	= 7 Patienten
- leistungsorientierte Jugendliche	1	= 1 Patient
- älteste Tochter, starkes Pflichtbewußtsein	2/11	= 2 Patienten
- große Bedeutung körperlicher Arbeit in Kindheit und Jugend	2/12/15/17/22	= 5 Patienten
- keine Angaben	3/4/5/6/7/10/14/16/18/19/20 21/24//8/9/13/23	17 Patienten

6.5.2. Bedeutung von Arbeit und Leistung im Erwachsenenalter (im Urteil der Befragten)

- Äußerung über die Bedeutung der Erwerbstätigkeit	2/3/4/6/10/11/14/15/16/17/18 20/21/22	= 14 Patienten
--	--	----------------

6.5.2.1. Arbeit als Möglichkeit, sich dem <u>Elternhaus zu</u> <u>entziehen</u>	2/3/10/11/14/15/16/17/20 21/22	= 11 Patienten
6.5.2.2. Arbeit als <u>Kontaktmög-</u> <u>möglichkeit</u>	2/11/14/16/17/18/19/20/21/22	= 10 Patienten
- Arbeit ist "Helfer-" oder Dienstleistungsberuf	11/14/16/17/20/21/22	= 7 Patienten
- Arbeit als Betriebsrätin	2	= 1 Patient
6.5.2.3. Arbeit als Erfahrung der Grenzen von körper- licher Leistungsfähig- <u>keit</u>	2/6/10/14/15/16/17/21/22	= 9 Patienten
6.5.2.4. Arbeit als Stabilisie- rung des <u>Selbstwertge-</u> <u>fühls</u>	2/3/4/10/11/14/15/17/20/21/22	= 11 Patienten
6.5.3. andere Angaben		
- noch in Ausbildung	1/19//9	= 3 Patienten
- Berufstätigkeit nicht wichtig	7/12	= 2 Patienten
- keine Angaben	5/24//8/13/23	= 5 Patienten

Hinweis:

- Berufstätigkeit und Erkrankungsbeginn (vgl. auch Kapitel Lebenssituation und Erkrankungsbeginn)		
- Erkrankung im Urlaub	2/10//13/23	= 4 Patienten
- Erkrankung nach körperlicher Überforderung	2/10/15/17	= 4 Patienten

6.6. Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung im Urteil der Befragten

- Äußerung über die Bedeutung von körperlicher Aktivität	1/2/5/6/10/11/15/16/17/18/19 20/21/22/24//8/23	= 17 Patienten
6.6.1. viel Bewegung in der Kind- heit / Jugend	5/10/11/16/19/20	= 6 Patienten
6.6.2. Bewegung immer ein wich- tiger Faktor gewesen	1/2/5/6/10/11/16/17/18/19/20 21/22/24//8	= 15 Patienten

6.6.3. Bewegungsfreiheit mit Auto wichtig	19/20/22//23	= 4 Patienten
6.6.4. Bewegung als Ablenkung oder Entspannung	2/10/15/20/22//23	= 6 Patienten
6.6.5. Bewegung als Erfahrung der Leistungsgrenze	6/17	= 2 Patienten
- keine Angaben	3/4/7/12/14//9/13	= 7 Patienten

AUSSAGEN ZUR LEBENSGESCHICHTE EINZELNER PERSONEN -
DATEN IN KASUISTISCHER DARSTELLUNG

7. Die frühe Mutter-Kind-Beziehung im Urteil der Befragten
(anhand der Gesprächsprotokolle)

- Die Urteile der Befragten über ihre Beziehung zur Mutter sind im folgenden von 1 bis 24 zusammengestellt.
- Unter der Rubrik "Hinweis" finden sich dabei im wesentlichen Aussagen über spätere Erfahrungen mit der Mutter, die Äußerungen über Erfahrungen in der Kindheit beleuchten.

P A T I E N T I N 1

Die Patientin, ältere von 2 Kindern, stellt im Gespräch durchwegs Verhaltensweisen dar, die sie abwertend beurteilt. Sie erlebt die Mutter als "gestreßt" und zu überschießenden Reaktionen neigend.

Die Mutter ist:

" leicht nervös Früher hab' ich mich nicht viel sagen getraut, weil der Mutter gleich die Hand ausrutschte ...".

Während die Mutter den 15 Monate jüngeren Bruder vorzieht, verhält sie sich ihr gegenüber distanziert. Die Patientin ist Liebling des Vaters. Der Kontakt der Eltern zueinander ist schwierig, von Ehekrisen und der Alkoholproblematik des Vaters überschattet.

" An Schmusen (mit der Mutter) kann ich mich nicht erinnern".

" Früher bin ich sehr am Vater gehängt, der Bruder an der Mutter ...

Zu mir war der Vater weicher als zur Mutter. Er hat's mit der Tochter gekonnt".

Nach dem Tod des Vaters (laut Fremdanamnese durch Raubmord), als die Patientin 10 Jahre alt ist, wendet sie sich mehr der Mutter zu (vgl. Krankheitsbeginn). Die zum Zeitpunkt des Gesprächs noch schulpflichtige Patientin beschreibt ihre Mutter als einschränkend und fordernd. Sie treibt die Patientin zu guten Schulleistungen an - den inzwischen "aufmüpfig" gewordenen kleinen Bruder steckt sie wegen schlechter Noten in ein Internat (vgl. Krankheitsbeginn).

Hinweis:

Im Gespräch mit der Patientin tauchen widersprüchliche Eindrücke von Kindheit und Jugend auf. So antwortete die Patientin auf die Frage nach Zärtlichkeit in der Kindheit, sie könne sich an Schmusen mit der Mutter nicht erinnern. Zum Zeitpunkt des Gesprächs, als Jugendliche, urteilt sie so über das Verhalten ihrer Mutter:

" Meine Mutter ist jetzt wie eine Freundin. Sie nimmt mich schon 'mal in den Arm".

P A T I E N T I N 2

Die Patientin, älteste von 4 Kindern, bewundert ihre Mutter, die für sie die Erfüllung der Normen von "guter" Hausfrau, Mutter und Familienmittelpunkt verkörpert.

Die Mutter

"war gut, eine richtige Familienmutter ..., sie machte alles ..., eine ruhige, brave Frau ...".

Trotz ihrer Eigenschaften als Familienmittelpunkt, und ihrer Tendenz, die Familie zusammenzuhalten (alle Kinder wohnen auch im Erwachsenenalter in Häusern auf dem elterlichen Grundstück), strahlt die Mutter emotionale Kühle aus, die von der Patientin als Zurückweisung erlebt wird:

"Wir Geschwister laufen zur Mama wie ein Sog".

"Unsere Mama ist eine ganz kalte So Liebe, so drücken ist da nicht".

Bis zum Unfalltod des Vaters (als die Patientin 13 Jahre alt ist) ist sie mehr dem Vater zugewandt - sein "Lieblingskind". Nach dem Tod des Vaters hilft sie der Mutter - als älteste Tochter - in Haushalt und Landwirtschaft, erlernt keinen Beruf.

P A T I E N T I N 3

Im zweiten Weltkrieg geboren, ist die Patientin durch Vertreibung und Flucht der Familie als Kleinkind wochenlang von ihrer Mutter getrennt (die genauen Umstände sind im Gespräch nicht näher eruierbar). Die Ehe der Eltern ist schwierig, der Vater trinkt und spielt. Die Mutter versorgt die Familie durch Heimarbeit. Nach der Scheidung (die Patientin ist 10 Jahre alt) erlebt die Patientin erneut eine Trennung von der Mutter. Gemeinsam mit ihrer kleinen Schwester lebt sie ab dem 10. Lebensjahr bei den Großeltern. Die Großmutter wird ihre wichtigste Bezugsperson - diese Beziehung ist allerdings geprägt von stark ambivalenten Tendenzen - die Großmutter ist "einhüllend" und bevormundend.

In den wenigen Aussagen über ihre Mutter - überwiegend Tendenzen von Rückzug und Enttäuschung von ihr; die Persönlichkeit der Mutter bleibt in der Darstellung der Patientin blaß und undifferenziert.

"Ab und zu kamen Vorwürfe - sie hat mich nie verstanden ...".

"Ich hab' mich von der Mutter gelöst".

Trotz dieser Distanz ist die 21jährige Patientin vom Tod der Mutter sehr berührt (die Mutter stirbt an Herzversagen - die Patientin kommt später in die Wohnung der Mutter).

Der Tod der Mutter

"war ein wahnsinniger Schock für mich. Ich hatte noch nie einen Toten gesehen. Das war was Angstausslösendes".

In der folgenden Zeit träumt die Patientin häufig vom Tod der Mutter.

P A T I E N T I N 4

Fürsorglichkeit und Aufmerksamkeit sind wesentliche Merkmale für die Beziehung zwischen Mutter und Patientin (als Kind), verstärkt nach dem Tod des 3 Jahre älteren, schwerkranken Bruders. Die Patientin ist zu diesem Zeitpunkt noch Kleinkind. Die Fürsorge der Mutter steigert sich durch häufige Krankheiten der Patientin als Kind:

" Meine Mutti versuchte, mir eine schöne Kindheit zu bereiten ..., sie hat viel mit mir gespielt und geschmust ...".

" Ich war in der Kindheit immer sehr krank Ich war mehr im Bett als in der Schule. Meine Mutti zog mich immer dick an, damit ich nicht fror. Sie hat manchmal auch Essen vom Restaurant bestellt, weil ich keinen Appetit hatte".

Die andere Seite dieses mütterlichen Verhaltens ist eine Tendenz zu Erpressung und Kontrolle, der die Patientin als Kind ausgeliefert ist:

" Wenn ich nicht aß, z. B. Orangen nach dem Essen, dann machte sie Theater: Hast du wieder abgenommen"?

(Wenn die Patientin als Erwachsene nicht rechtzeitig nach Hause kam, bekam die Mutter Kopfschmerzen, usw.).

Im Alter von 11 Jahren gelingt es der Patientin teilweise, sich gegen die Mutter abzugrenzen; dies geschieht in etwa zur Zeit der Menarche.

" Ich bin sehr verwöhnt worden. Plötzlich waren die Krankheiten weg, so mit 11 Jahren. Ich zog dann die Wäsche aus, die meine Mutti mir anzog".

Als Fazit äußert die (ausländische) Patientin:

" Meine Mutti hat mich abnormal geliebt".

Hinweis:

Als Erwachsene macht die Patientin (24jährig) einen Ablösungsversuch, indem sie weit weg ins Ausland geht, um dort zu arbeiten. Als die Mutter im Sterben liegt - sie ist krebskrank - holt sie sie zu sich (die Patientin ist jetzt 34 Jahre alt):

" Ich bin hier allein, meine Mutti ist gestorben. Ein Jahr später bin ich schwanger geworden. Ich bin immer noch so traurig. Die Mutti wollte unbedingt ein Enkelkind von mir. Ich weinte, weil die Mutti das Enkelkind nicht mehr sehen konnte".

" Meine Mutti hat sich so an mich gehängt. Das ist vielleicht auch der Grund, warum ich von X. wegging".

P A T I E N T I N 5

Die Patientin wird als vierte von 6 Geschwistern geboren.

Ihre Aussagen über sich und ihre Familie sind von der Tendenz geprägt, im Interview möglichst der Norm zu entsprechen. So antwortet sie auf die Frage, welche besonderen Erlebnisse der Kindheit ihr einfielen, spontan:

"Nichts Negatives".

Auf die Frage nach der Erziehung durch die Eltern spricht sie von einem "demokratischen Prinzip mit viel Erklärung", auf die Frage nach der Beziehung innerhalb der Familie von einer "engen Beziehung", in der aber "jeder noch seinen eigenen Raum habe". Einzelheiten gibt sie nicht an. Vor diesem Hintergrund sind die - widersprüchlichen Aussagen über ihre Mutter nur wenig erhellend:

"Die Mutter hat eher das Kommando - sie schafft es schon, sich durchzusetzen - auf sanfte Art".

"Sie ist sehr, sehr gutmütig, und steht in der Gefahr, ausgenutzt zu werden".

Einer der wenigen Beziehungsaspekte, auf die sie während der Gespräche eingeht, ist die helfende Haltung gegenüber ihrer seit 20 Jahren rheumakranken Mutter, die bettlägerig ist:

"Ich hab' ja meine kranke Mutter zuhause".

Insgesamt bleiben Verhaltensweisen und Beziehung zur Mutter aufgrund weniger und widersprüchlicher Aussagen unklar.

P A T I E N T I N 6

Die Patientin ist die ältere von 2 Kindern. Ihr Bruder ist 3 Jahre jünger. Die Ehe der Eltern ist schwierig, Trennungstendenzen werden jedoch nicht realisiert.

Der Leistungswillen der Mutter und ihre Fürsorge für die Familie sind für die Patientin ein unerreichbares Vorbild. Die Mutter schafft vieles, was der als schwach erlebte Vater nicht kann (s. dort):
Die Mutter

"ist der geheime Mittelpunkt der Familie ..., sorgt für das leibliche Wohl ..., hat die Familie r'ausgerissen Sie leistet noch heute mehr als ich, wäscht meine Wäsche".

Diese Fürsorglichkeit der Mutter steht die Patientin jedoch nicht uneingeschränkt positiv gegenüber. Ein Teil der mütterlichen Verhaltensweisen bestehen in Bevormundung und Kontrolle, wobei ihr die Patientin fast magische Fähigkeiten zuschreibt:

- " Die Mutti kocht mir, das ist gut. Trotzdem hab' ich in 5 Wochen nur 1 Kilo zugenommen".
 " Sie hat mich früher immer bevormundet Früher schaffte die Mutti Arbeit an, deshalb wollte man die Mutti nicht ...".
 " Meine Mutti hat den siebten Sinn gehabt, die ist mir auf alles drauf gekommen".

Die Mutter wird von der Patientin auch als resolut erlebt - Zärtlichkeit und Geborgenheit fehlen. - Im Erwachsenenalter zieht die Patientin bei Beschwerden, wie massiven Angstzuständen, die Nähe ihrer resoluten Mutter der Einfühlsamkeit anderer Personen vor:

- " Die barsche Art von der Mutti hilft mir - wenn die mich anstaucht, ist es am nächsten Tag besser".

Als Erwachsene lebt die Patientin nach mehreren kurzen Ehen im Nebenhaus ihrer Eltern, ohne einen Partner. Sie geht täglich zum Essen zu ihnen. Diese Tatsache wird von folgenden Bemerkungen der Patientin beleuchtet:

- " Das Schönste war, wenn wir (als Kinder) einmal nicht heimmußten...".
 " Der Mutti, der kommt man nicht aus".

Hinweis:

Eine gewisse Rollenumkehr von Mutter und Tochter (sie ist jetzt 42jährig) findet statt, als bei der bisher immer kerngesunden Mutter eine Krebserkrankung festgestellt wird:

- " Meine Mutti richtet sich jetzt nach mir Ja, sie hat sich völlig verändertSie war in ihrem Leben nie krank. Jetzt muß ich sie aufrichten Ich mach's gern, die Rolle gefällt mir, ich fühl' mich mehr als Erwachsene".

P A T I E N T I N 7

Die wenigen Äußerungen der Patientin über ihre Mutter sind geprägt von abwertenden Tendenzen:

Die Mutter

- " ist sehr empfindlich". Sie
 " erzählt oft dreimal das Gleiche und spannt es nicht".

Über Besuche bei der Mutter sagt die Patientin:

- " Wir (ihr Mann und sie) sind froh, wenn wir wieder zuhause sind".

In Kontrast zum distanzierten Kontakt zur Mutter steht das enge Verhältnis zum Vater, mit dem sie sich identifiziert. Die Patientin - mittlere von 3 Schwestern - ist sein Lieblingskind. Die Rivalitätsproblematik mit der Mutter bleibt nur angedeutet.

" Ich fühle mich eher zu meinem Vater hingezogen als zu meiner Mutter".

P A T I E N T 8

Die Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge der Mutter bleiben aufgrund weniger Aussagen blaß und undeutlich.

Die Geburt des Patienten als "lediges Kind" ist unerwünscht, und bringt die Mutter in eine soziale Außenseiterposition und finanzielle Notlage. In einer Kleinstadt lebend, geht sie als ungelernte Arbeitskraft ganztags arbeiten; ihr Kind gibt sie zu einer Pflegemutter.

" Ich bin nicht gestillt worden, die Mutter mußte arbeiten. Eineinhalb Jahre war ich bei der Pflegemutter, da bin ich mit der Flasche aufgewachsen. Die gaben mir nichts, kassierten nur Geld ...".

Nach der Heirat mit dem Stiefvater und der Geburt des Halbbruders holt die Mutter den Patienten nach eineinhalb Jahren zu sich in die Familie, ist aber weiterhin ganztags berufstätig und hat wenig Zeit für ihn. Die Atmosphäre im Elternhaus charakterisiert der Patient so:

" Zuhausebleiben war die größte Strafe ...".

Hinweis:

Auch als Erwachsener ist der Kontakt zur Mutter distanziert. Bei Krankenhausaufenthalten ruft er gelegentlich bei ihr an:

" R'unterrufen, das gehört sich".

P A T I E N T 9

Der Patient wird als einziger Sohn geboren, er hat 2 ältere und 2 jüngere Schwestern.

Die wenigen Bemerkungen des Patienten über seine Mutter und die Beziehung zu ihr sind wenig aussagekräftig - ihr Bild bleibt unkonturiert und blaß. Die einzigen Aussagen sind:

" im Gegensatz zum Vater eher lustiger, quirliger, nervös und hatte einen hohen Blutdruck".

P A T I E N T I N 10

Die Patientin wird als lediges Kind unerwünscht geboren, und von ihrer Mutter massiv abgelehnt. Die Mutter heiratet, als die Patientin 6 Jahre alt ist; ihre beiden kleineren Halbgeschwister werden ihr vorgezogen.

" Ich war ein ungewolltes Kind, immer im Weg und mußte mich auf der Straße amüsieren Ich hab' nicht zur Familie gehört".

" Es ist schlimm, wenn man über seine Mutter so was sagen muß: Sie war von jeher mit Haß erfüllt. Sie hätte sich ihre Zukunft sicher ganz anders aufgebaut, wenn das mit mir nicht passiert wäre. ...manchmal hat sie gesagt: wenn du nicht wärste, wär' manches nicht".

Als glücklichste Zeit der Kindheit beurteilt die Patientin den Zeitraum zwischen dem 7. und dem 10. Lebensjahr, als sie bei ihrer Großmutter wohnt. Von der Großmutter wird sie akzeptiert und erlebt Freiräume.

Die Verhaltensweisen ihrer Mutter beurteilt die Patientin durchwegs abwertend. So antwortet sie z. B. auf die Frage, wie sie ihre Mutter kurz charakterisieren könne, ohne lange nachzudenken:

" Streitsüchtig".

Sie schildert ihre Mutter als einschränkend und bevormundend; sie schafft eine Abgrenzung von der Mutter auch als Erwachsenen lange Zeit nicht:

" Bis zu meinem 40. Lebensjahr hat sie mich bevormundet. Als wir (ihr Mann und sie) z. B. ein Haus gebaut haben, hat sie gesagt: Es wäre gescheiter gewesen, du hättest ein anderes gekauft".

P A T I E N T I N 11

Die Patientin nimmt die familienbezogene Art ihrer Mutter als Vorbild, verdeutlicht jedoch gleichzeitig ihre Enttäuschung über die vermutete Einstellung der Mutter zu ihren Kindern:

" Meine Mutter ist lebhafter als ich, sehr häuslich, familienbewußt. Sie schätzt den Kontakt nach außen nicht so ...".

" Ich glaube, es war eher mein Vater, der so viele Kinder wollte ...".

Durch häufige Krankheit und Bettlägrigkeit wird die Patientin als älteste Tochter (von 6 Kindern) früh mit der Verantwortung für Haushaltsführung und der Erziehung ihrer kleinsten Geschwister konfrontiert. Ambivalente Tendenzen in der Haltung zur Mutter werden im Gespräch deutlich, die Patientin gesteht sie sich aber nicht ein:

" Die Mutter war viel krank. Automatisch (!) bin ich eingesprungen. Spielen ging oft nicht; ich wollte schon. Manchmal hat's mir gestunken. Die beiden nächsten (Geschwister) hauten ab - und ich war da. Aber ich hab's hingegenommen. Weil ich die Älteste war".

" Zu Mutter und Vater ist das Verhältnis gut, auch heute noch ...".

P A T I E N T I N 12

Die Patientin wird als jüngste von 6 Kindern geboren. Ihre Mutter versucht, während der Kriegs- und Nachkriegsjahre mehrfach, ein kleines Geschäft aufzubauen. Wegen der Zerstörung und Flucht beginnt sie damit immer wieder von vorn. Da ihre älteren Kinder schon in die Lehre gehen, läßt sie sich dabei v. a. von ihrer jüngsten Tochter, der Patientin, unterstützen:

" Die Mutter mußte immer haben, haben, und dann hat sie immer wieder alles verloren Ich mußte mit 6 Jahren schon Zeitungen austragen. Und weil alle (Geschwister) schon in die Lehre gingen, war ich mit meiner Mutter ganz allein ...".

Die Patientin beurteilt das Verhalten ihrer Mutter durchwegs abwertend. Im Vordergrund der Schilderung stehen einschränkende und bevormundende Tendenzen der Mutter:

" Meine Mutter machte mir oft Vorhaltungen Meine Mutter hat mich bis zu meinem 36. Lebensjahr völlig beherrscht Als Kind hab' ich nicht versucht, mich zu wehren; ich dachte: es hat ja doch keinen Sinn".

Bei Unmut über ihre Tochter drückt sich die Mutter nach den Worten der Patientin nicht direkt aus:

" Sie konnte mich einfach links liegen lassen, ich kriegte es einfach zu fühlen (!)".

Hinweis:

Mit einer Ehe gegen den Willen der Mutter und einer Anzahl von Kindern, über deren Erziehung die Patientin ohne einen Einfluß der Mutter bestimmen will, unternimmt die Patientin als Erwachsene Versuche einer Abgrenzung:

" Im Jahre ... war die große Aussprache. 'Der weichst du nicht aus', habe ich mir gesagt. Ich habe meine Mutter auf der Straße getroffen, es gab einen Wortwechsel

Sie wollte auch über meine Kinder bestimmen. Aber da hab' ich sie angesprochen: 'Mich hast du ja in die Ecke stellen können, mit meinen Kindern machst du das nicht'. - Sie hat mir vorgehalten, was sie alles für mich getan hat. - Da hab' ich ihr gesagt: 'Hast du dir schon mal überlegt, was ich für dich alles getan habe'?"

Mit einem triumphierenden Lächeln fährt die Patientin fort:

" Da ist meine Mutter ganz stumm dagesessen ...".

Der Abgrenzungskonflikt mit der Mutter spitzt sich 2 Jahre später dramatisch zu: Die Patientin zieht mit ihrer Familie zu ihrem Lieblingsbruder, dem "schwarzen Schaf der Familie" in eine mehrere hundert Kilometer entfernte Stadt. Sie hofft, dadurch endlich dem Einfluß der Mutter entzogen zu sein. Einen Monat später steht die Mutter plötzlich in der neuen Wohnung der Patientin; am Tag danach stirbt sie an "Herzwasser".

" Ihr Tod war nicht so schlimm für mich, aber ich hatte eine furchtbare Angst, und wußte nicht warum. Vielleicht, eine Angst, daß sie wiederkommt".

Erst am Schluß des Gesprächs erinnert sie sich an ein weiteres Detail dieser Situation: Ihr Lieblingsbruder hatte als Kind gescherzt, er würde nach dem Tod der Mutter auch bald sterben. Sieben Wochen nach ihrem Tod stirbt er tatsächlich - an einem Narkosezwischenfall.

" Da war die große Angst dann vorbei".

P A T I E N T 13

Der Patient ist der jüngste von 3 Brüdern. Im Gespräch stellt er die Person seiner Mutter wenig differenziert dar.

Auf die Frage nach dem Kontakt zur Mutter äußert er:

" Wir wurden sehr selbständig erzogen ...".

Emotional spricht er nicht an.

Vom 4. bis zum 6. Lebensjahr lebt der Patient mehrfach längere Zeit bei seinen Großeltern in einer weit von seinen Eltern entfernten Stadt (gemeinsam mit seinen beiden älteren Brüdern):

" Weil meine Mutter arbeiten ging". (Sei er dort gewesen)

" Heimweh? Nein, im Gegenteil, ich wollte oft nicht mehr zurück".

Der Patient stellt auch die anderen Bezugspersonen seiner Kindheit, z. B. die Großeltern, sehr undifferenziert dar.

Hinweis:

Der Kontakt zu Mutter und Vater ist auch im Erwachsenenalter geprägt durch emotionale Distanz; der Kontakt läuft eher über gegenseitige Unterstützung in materiellen Dingen, z. B. Beratung bei Neuanschaffungen:

" Dann sprechen wir noch miteinander, ich telefoniere und fahre hin".

Ansonsten ist der Kontakt gering, die Besuche selten.

P A T I E N T I N 14

Die Patientin wird unerwünscht als "lediges Kind" geboren. Die Mutter ist bereits kurz nach der Geburt wieder ganztags berufstätig. Die Patientin wächst gemeinsam mit ihrem Cousin, der das ledige Kind ihrer Tante ist, bei der Großmutter auf.

Die beiden Bezugspersonen Mutter und Großmutter werden von der Patientin nur anhand weniger Aussagen beschrieben; die Darstellung der beiden Personen

bleibt insgesamt undifferenziert.

Eine der wenigen Aussagen über die Mutter besteht in einer Abgrenzung von ihr; die sonst zögernd formulierende Patientin beantwortet die Frage nach charakteristischen Eigenschaften ihrer Mutter so:

" Meine Mutter ist das pure Gegenteil von mir Sie würden nie glauben, daß das meine Mutter ist".

Hinweis:

Ihre Erfahrungen mit der sozialen Stigmatisierung als "lediges Kind" lassen die Patientin später bei einer ungewollten Schwangerschaft nur eine Ehe als Ausweg erscheinen:

" Ich wollte unter keinen Umständen ein lediges Kind - weil ich selbst eines bin".

P A T I E N T I N 15

Die Patientin ist viertes von 5 Kindern.

Die Patientin drückt Bewunderung für ihre Mutter aus, deren Leistungswillen auch im Alter noch ungebrochen ist.

Die Mutter begegnet der Patientin mit Strenge und Härte, und wenig Einfühlungsvermögen oder Zärtlichkeit:

" Ich könnte nie leisten, was sie geleistet hat".

" Sie war streng mit uns. Als ich mit 17 bei einer Freundin im nächsten Dorf übernachtet hab', hat sie mich richtig ausgeschimpft ...".

" Schmusen hat es überhaupt nicht gegeben".

Hinweis:

Als die Patientin schon an SLE erkrankt ist (29jährig), fordert die Mutter die schwere Krankheiten aus eigener Erfahrung nicht kennt, von ihr ein Ignorieren ihrer Beschwerden. Sie sagt: 'Ach, das bildest du dir ein' und gibt ihr eine Bienenalbe zum Einreiben.

P A T I E N T I N 16

Die Patientin wird als jüngstes Kind geboren, sie hat 3 bis zu 9 Jahre ältere Brüder. Ob sie als Nesthäkchen und Nachgeborene erwünscht ist, bleibt offen:

" Ich weiß nicht, ob ich erwünscht war ...".

Als jüngste und Mädchen erlebt sie starke Einschränkung und Bevormundung durch ihre Mutter:

" Zuhause hat die Mutter das Regiment gehabt ...".

" Ich durfte immer nur mit meinen Brüdern 'raus, nie allein".

Die Patientin ist das Lieblingskind des Vaters, der als Schwerkriegsbeschädigter zuhause ist und viel Zeit für sie hat. Die Beziehung zur Mutter ist von Distanz geprägt:

" Ich bin schon am Vater gehängt als einziges Mädel ..., der stand immer zur Verfügung ... Er war immer meine Stütze, ich bin nie zur Mutter gegangen".

Die Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge der Mutter bleiben in der Schilderung undifferenziert.

Hinweis:

Im Alter wohnte die Mutter im Haushalt der Patientin; Bemerkungen über ihre Verhaltensweisen stehen im Gegensatz zu den geschilderten Erfahrungen der Kindheit: Die Mutter

" ist eine ruhige Frau, stellt keine Ansprüche, sitzt den ganzen Tag und liest. Man merkt sie kaum".

Beim nächsten Gespräch mit der Patientin, eineinhalb Jahre nach dieser Aussage, sagt die Patientin, in ihrem Leben sei im Vergleich zum letzten Gespräch 'alles beim alten' geblieben. Erst auf mehrere Nachfragen hin erwähnt sie beiläufig, daß ihre Mutter inzwischen gestorben sei.

P A T I E N T I N 17

Die selbst häufig depressive Patientin, jüngste von 5 Kindern, bewundert ihre Mutter wegen einer Reihe von Eigenschaften, die sie an sich selbst vermißt:

" Die Mutter war lebenslustig, quietschvergnügt, hat nie geklagt".

Die 'quietschvergnügte' Mutter erlebt sie als Kind und Jugendliche jedoch gleichzeitig als emotional distanziert:

" Als ich nach München in die Arbeit gegangen bin, und meiner Mutter ein Busserl gegeben hab', hat sie gesagt: 'Du bist doch ein großes Mädel, da macht man das doch nicht mehr'. - Nein, herzlich war das nicht".

P A T I E N T I N 18

Die Patientin erzählt, sie sei als ungewollter "Nachkömmling" geboren, und gleichzeitig das "Nesthäkchen" gewesen. Sie verdeutlicht ambivalente Tendenzen in der Beziehung zur Mutter folgendermaßen:

" Ich hatte eine zärtliche Mutter - das Verhältnis war nicht zu eng ...".

Wesentliche Eindrücke vom Verhalten ihrer Mutter sind für die Patientin verbunden mit Dominanz und Härte:

" Zuhause hat die Mutter das Regiment gehabt".

" Ich mußte früher viel Rücksicht auf andere (!) nehmen. Ich hätte mir nie getraut, Zuckerl oder Luftballons zu wollen. Hatte ich Durst dann sagte meine Mutter: Die Soldaten haben auch Durst".

P A T I E N T I N 19

Die Patientin wird als lediges Kind geboren. Ihre Mutter lebt ohne Partner, ist ganztags berufstätig. Die Patientin ist bis zum 12. Lebensjahr "Schlüsselkind".

" Ich bin auch Einzelkind, war früh auf mich gestellt Ich bin schon früh allein in Gaststätten essen gegangen".

Die Patientin identifiziert sich mit der Lebensweise der alleinstehenden Mutter. Als die Patientin 12 Jahre alt ist, heiratet die Mutter. Von nun an gibt diese ihre Berufstätigkeit auf. Die Patientin muß ihre Aufmerksamkeit jetzt aber mit 2 Männern - Stiefvater und Stiefbruder - teilen. Enttäuschung klingt an:

" Sie war ja früher sehr selbständig ...".

" Die Ehe hat sie sich nicht gut überlegt; die ist für mich das Negativbeispiel überhaupt Meine Mutter war für die erste Ehe einfach schon zu alt. Als Frau hat sie wohl jemanden gebraucht, mit dem sie reden kann. Ein Kind ist da wohl zu wenig Der Bruder hat mich nicht akzeptiert. Vielleicht war es auch ein bißchen schwer, die Mutter zu teilen".

Neben der Förderung der Selbständigkeit erlebt die Patientin bei ihrer Mutter auch Tendenzen von Einschränkung und Bevormundung. Sie ist außerdem häufigen Stimmungsschwankungen ausgesetzt.

" Zuhause wurde ich auch nach meiner Volljährigkeit nicht für voll genommen, und ständig bevormundet (Die Mutter) hat mich als unselbständigen Menschen behandelt ...".

Die Mutter war

" unnahbar und herzlich, beides. Sie war mir oft fremd, dann hat sie mich wieder in den Arm genommen".

Die Rolle von Mutter und Tochter wandelt sich, als die Tochter 21jährig ein Auto bekommt:

" Meine Mutter läßt mich jetzt, weil sie Angst hat Sie hat Angst, mich zu verlieren ...".

P A T I E N T I N 20

Die Patientin wird als zweites Kind 1 Jahr nach der älteren Schwester geboren. Sie fühlt sich als Mädchen nicht akzeptiert:

" Die Eltern wünschten sich einen Bub".

Die Patientin sieht in der Ehe ihrer Eltern ein Vorbild (sie selbst erlebt ihre Ehe als schwierig - s. a. Krankheitsbeginn).

" Die Eltern hatten eine sehr gute Ehe, und ein sehr enges Verhältnis zueinander".

Als sie die Beziehung zur Mutter beschreibt, werden ambivalente Tendenzen deutlich:

" Zu den Eltern ist ein sehr enges Verhältnis, zu beiden. Zur Mama war schon immer ein engeres Verhältnis. In der Familie ist überhaupt ein enges Verhältnis ...".

" Die Mama hatte keinen Beruf, ging in der Familie auf (!). Sie hatte, obwohl die Schulfreundinnen im gleichen Ort leben, nie ein besonders enges Verhältnis zu einer (Ich) durfte nur mit den Eltern weg - oder gar nicht".

Über die Sauberkeitserziehung der Mutter sagt sie:

" Ich war früh sauber, etwa mit 1 Jahr. Meine Mama legte da Wert darauf".

Hinweis:

Über ihren Wegzug aus dem Elternhaus bei ihrer Heirat (als 21jährige) sagt sie:

" Ich wollte schon eher weg, hab's aber nie richtig geschafft".

Die erste Zeit ihrer Ehe in einem vom Elternhaus weit entfernten Dorf ist für sie eine sehr schwierige Zeit, eine "harte Umstellung".

Aber sie "hatte auch was Positives: die bessere Loslösung von zuhause".

Die Versuche einer inneren Lösung und Abgrenzung von der Mutter, die sie (4 Jahre nach Krankheitsbeginn) kurz vor dem Unfalltod ihres Vaters wagt, sind von Schuldgefühlen begleitet. Auslöser ist eine Weigerung der Patientin, ihre Mutter gemeinsam mit ihrem Ehepartner beim abendlichen "Ausgehen" mitzunehmen:

" Sie hat gedacht, das ist wie früher: Da durften wir nur mit den Eltern weg - oder gar nicht - so mit 16, 17. Das Verhältnis zur Mama war danach sehr abgekühlt Ich hab' mich danach öfters gefragt ..., vor allem wo mein Vater jetzt tot ist, ob's nicht besser gewesen wäre, ich hätte nichts gesagt ...".

PATIENTIN 21

Die Patientin wird als lediges Kind unerwünscht geboren. Die Mutter ist ganztags berufstätig, die Patientin wächst bei ihrer Großmutter auf. Den Kontakt zu Mutter und Großmutter beschreibt die Patientin so:

" Mit der Oma konnte ich's gut. Die Oma mochte ich ...".

" Die Mutter arbeitete Sie hatte viele Sorgen und Probleme Für Schmusen usw., da hatte sie keine Zeit ...".

" Wir (die Patientin und ihre Halbgeschwister) sind strenger, aber nicht schlechter erzogen worden".

Die Mutter hatte geheiratet, als die Patientin 8 Jahre alt war.

In schwierigen Situationen fühlt sich die Patientin von ihrer Mutter im Stich gelassen, bei anderen Gelegenheiten eingeschränkt und bevormundet:

- So unterbindet die Mutter zu Lebzeiten den Kontakt der Patientin mit ihrem leiblichen Vater.

- Sie verweigert der (15jährigen) Patientin in der Auseinandersetzung mit dem Stiefvater, der sie sexuell nötigt, nicht nur die Unterstützung, sondern untersagt ihr in dieser Situation auch, aus dem Elternhaus zur Großmutter zu ziehen.

Existenzielle Ängste in Träumen bringt die Patientin mit dem Tod der Mutter in magischer Weise in Zusammenhang (die Patientin ist 27 Jahre alt):

" Da kommt was auf mich zu, was mich erdrückt. Ein großes Tier setzt sich auf mich, ich kriege keine Luft mehr. Solche Atembeschwerden habe ich dann (nach dem Tod der Mutter, 4 Wochen später) nicht mehr gehabt".

PATIENTIN 22

Die Patientin wird als vierte von 6 Schwestern geboren. Sie identifiziert sich mit ihrer Mutter, und erlebt die Beziehung als verständnisvoll und nah.

" Meine Mama war wie ich. Im Wesen sind wir uns sehr ähnlich. Ich bin nun mal Löwe, die Mama auch. Von der Mama hätt' ich alles haben können, die hat mich verstanden".

Hinweis:

Die Patientin verdeutlicht andere Aspekte der Beziehung zu ihrer Mutter anhand von Situationen ihres späteren Lebens.

Eine zentrale Bedeutung kommt dabei der Auseinandersetzung mit der Mutter um die Tochter der Patientin zu. Ambivalente Tendenzen werden deutlich. Die Patientin hatte ihr Kind ledig geboren. Ihre Mutter kümmert sich um das Kind, während sie selbst an einem anderen, weit entfernten Ort ihren Lebensunterhalt verdient.

" Gleich nach der Geburt hab' ich wieder gearbeitet. Ich hab's zu Hause nicht ausgehalten ...".

Nach Kurzaufurlauben von der Arbeit fällt es ihr außerordentlich schwer, Mutter und Tochter wieder zu verlassen:

" Manchmal hat's mir das Herz r'ausgerissen".

Bei ihrer Heirat einige Jahre später will sie die Tochter in ihre neu gegründete Familie holen. Doch ihre Mutter klammert sich an das Kind, die Patientin setzt sich nicht durch. In der Folgezeit hat die Patientin einen starken Kinderwunsch, der sich jedoch nicht erfüllt; sie erleidet mehrere Fehlgeburten. Sie versucht, sich mit der Haltung ihrer Mutter abzufinden.

" Wie ich meinen Mann kennenlernte, wollte mein Mann das Kind auch. Aber meine Mutter wollte das Kind nicht hergeben, - das Kind war ihre einzige Stütze".

(Erst nach dem Tod der Mutter holt sie die kleine Tochter zu sich). Auch am Totenbett setzt die Mutter ihren Willen gegen die 33jährige Patientin (2 Jahre vor Krankheitsbeginn)durch. Diese hatte ihre krebserkrankte Mutter 10 Wochen lang gepflegt, und ist darauf eingestellt, bis zu ihrem Tod zu bleiben. Doch die Mutter schickt sie weg:

" Du mußt zum Mann zurück. Da gehörst du hin".

Ihre Betroffenheit über den Tod der Mutter beschreibt die Patientin so:

" Meine Mama hab' ich verloren, an der bin ich ja so gehängt Wie die Mama starb, dachte ich, die Welt geht unter, ich werd' verrückt".

P A T I E N T 23

Der Patient ist der ältere von 2 Geschwistern; seine Schwester ist 4 Jahre jünger.

Er beschreibt seine Mutter durchwegs abwertend: Sie

" ist hysterisch, hat keine Ruhe, ist sofort durchgedreht, beschimpft einen sofort, ist leicht eingeschnappt, gerät außer Kontrolle Wenn's was gegeben hat, ist sie auf jeden losgegangen".

Die Mutter ist Hausfrau, der berufstätige Vater, zu dem der Patient einen besseren Kontakt hat, ist nur wenig zuhause. Als frühe Kindheitserinnerungen

gibt der Patient an:

" Ich weiß nur noch, daß mich gefreut hat, wenn der Vater heimgekommen ist".

Er fühlt sich als Kind wenig vom Vater gegen die Mutter unterstützt:

" Aber der Vater steht zu sehr unter dem Druck der Mutter ...".

Hinweis:

Der Patient schildert seine Versuche als Erwachsener, sich durch eine Verhaltensänderung mehr von der Mutter abzugrenzen und sich dem Bild vom Vater anzunähern, so:

" Ich war erst wie die Mutter, unkontrolliert. Jetzt bin ich mehr wie der Vater Von der Veranlagung her hab' ich mehr von der Mutter So zu sein wie die Mutter paßt nicht in mein Männerbild".

P A T I E N T I N 24

Die Patientin wird als zweite von 5 Geschwistern geboren.

Der Vater ist alkoholabhängig, arbeitet nur gelegentlich. Die Mutter verrichtet ganztags ungelernte Arbeiten, um die Familie zu ernähren. Existenzängste lasten auf ihr, sie strahlt wenig Ruhe und Geborgenheit aus.

" Sie war immer sehr stressig". Die Mutter

" hat es schwer gehabt im Leben, hat trotz 5 Kindern putzen müssen. So konnte sie uns nicht soviel Liebe geben, wie wir vielleicht brauchten. Sie hat versucht, es mit Bonbons und Schokolade gut zu machen ...".

Die Verhaltensweisen und Eigenarten der Mutter bleiben in der Darstellung der Patientin blaß und undifferenziert.

8. Die Beziehung zum Vater im Urteil der Befragten
(anhand der Gesprächsprotokolle)

- Die Aussagen von Patienten 1 bis 24 sind hier der Reihe nach aufgeführt: 19 Personen lebten mit ihrem leiblichen Vater zusammen, 4 Personen hatten später Stiefväter, 1 Person lebte in der Kindheit weder mit Vater noch mit Stiefvater zusammen.
- Die Berufsangabe des Vaters bezieht sich auf die Zeit, in der die Befragten noch Kinder waren. Spätere Tätigkeiten sind hier nicht berücksichtigt.

P A T I E N T I N 1

Die Patientin beschreibt, ihr Vater, ein Tankstellenpächter, sei nach außen hin als streng und bevormundend aufgetreten:

" Der Vater ... der war zuhause bestimmend".

Der Vater der Patientin ist ein unruhiger Mensch, der seine Spannungen mit Alkohol zu überwinden sucht:

" Er ist oft betrunken rumgezogen".

Trotz der Furcht vor dem betrunkenen Vater ist das Verhältnis der Patientin zu ihm zärtlich und wesentlich enger als zur Mutter, die den kleinen Bruder vorzieht (vgl. Kapitel über die Mutter). Die Rivalitätsproblematik bezüglich der Mutter bleibt nur angedeutet.

" Früher bin ich sehr am Vater gehängt, der Bruder an der Mutter
Zu mir war der Vater weicher als zur Mutter, er hat's mit der Tochter gekonnt".

Zärtlichkeit?

" Mit dem Vater war's schon öfter mal".

Die Ehe der Eltern ist schwierig, durch Ehekrisen und Alkoholproblematik belastet.

Eine dramatische Wende im Leben der Patientin ergibt sich durch den plötzlichen Tod des Vaters, als die Patientin 10 Jahre alt ist (lt. Fremdanamnese ist er einem Raubmord zum Opfer gefallen). Die Patientin selbst spricht von einem Unfalltod.

Ab diesem Zeitpunkt wendet sich die Patientin mehr der Mutter zu, die jetzt ihre einzige Bezugsperson ist (vgl. auch Lebenssituation bei Krankheitsausbruch).

P A T I E N T I N 2

Der Vater der Patientin (im Gegensatz zur distanzierten Mutter) ein liebevoller Familienvater, der ein besonders enges Verhältnis zu seiner ältesten Tochter hat. Die Rivalitätsproblematik zur Mutter wird indirekt angesprochen. Er

" war sehr kinderlieb, sehr für die Familie Für den Vater waren die Kinder das Höchste ...".

" Er nahm mich immer mit. An Nikolaus saß ich beim Papi auf dem Schoß ...".

" Ich war Vaterkind, aber ich war noch zu jung für ihn".

Zum Vater kann die Patientin mit ihren Sorgen und Ängsten kommen, auch bei Alpträumen:

" Der Papa brachte uns ins Bett. Als Kind, so mit 4, 5 Jahren da wachte ich manchmal auf. Ich hab' von einem Kreis geträumt, der wurde immer größer, und ich hab' geschrien. Der Papa hat mich dann herumgetragen und in sein Bett gelegt".

Als die Patientin 13 Jahre alt ist, stirbt der Vater an einer Tetanusinfektion.

Für die Patientin ist dies eine Wende in ihrem Leben: Sie verliert durch seinen Tod ihre engste Bezugsperson und arbeitet auf Betreiben der Mutter hart in der elterlichen Landwirtschaft; sie erhält keine Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen.

P A T I E N T I N 3

Die Patientin ist nach dem 2. Weltkrieg als Kleinkind auf der Flucht mehrere Wochen von ihren Eltern getrennt (vgl. Kapitel über die Mutter). Sie schildert die Person ihres Vaters wenig detailliert. Sie beschreibt, daß der Vater Gelegenheitsarbeiten nachging. Er ist stark alkoholabhängig. Finanzielle Not und Angst vor den Reaktionen des häufig betrunkenen und mitunter gewalttätigen Vaters belasten die gesamte Familie:

" Ich hatte keine schöne Kindheit. Das war ein Alptraum. Der Vater hat getrunken und gespielt, manchmal alles durchwühlt, Geld gesucht, Sachen versetzt ...".

" Ich kann mich erinnern, daß wir alle drei, meine Mutter und wir Kinder, auf dem Sofa neben einander saßen, und geweint haben - aus Angst vor dem Vater".

Die Patientin entwickelt eine Abneigung gegen betrunkene Personen, sie begegnet ihrem Vater, wenn er angetrunken ist, mit einer Mischung aus Ekel und Furcht:

" Er kam einmal angetrunken an mein Bett, hat sich an den Bettrand gesetzt um gute Nacht zu sagen - mit der Fahne vorneweg. - Er hat mir nichts getan".

Die Beziehung der Eltern ist schwierig. Häufige Ehekrisen führen schließlich zur Scheidung der Eltern (als die Patientin 10 Jahre alt ist). Sie lebt dann mit ihrer Schwester bei ihren Großeltern (Beziehung zur Großmutter - vgl. im Kapitel Beziehung zur Mutter).

Hinweis:

Die Abwendung von ihrem Vater wird auch als Erwachsene deutlich: Sie hat keinen Kontakt mehr zu ihm, und sie weiß nicht einmal, ob er noch lebt.

P A T I E N T I N 4

Der Vater der Patientin ist als Fabrikarbeiter tätig.

Die Patientin, die als 3jährige nach dem Tod ihres Bruders von der Mutter mit starker Fürsorge und Kontrolle bedacht wird (vgl. im Kapitel über die Mutter), hat zu ihrem Vater ein zwiespältiges Verhältnis.

Der Vater, ein nervöser und durch körperliche Arbeit überlasteter Mensch, begegnet seinen Kindern mit Ungeduld und Strenge. Trotzdem fühlt sich die Patientin eher zu ihm hingezogen und weniger bevormundet als von der Mutter (s. o.):

" Wenn wir laut waren (ihr Bruder und sie als Kinder), da war der Vater sehr nervös Ich hoffte oft, daß mein Vater nicht zurückkommt, und wir frei spielen konnten. Dann hatte ich Angst, daß es wahr wäre. Trotz alldem habe ich meinen Vater mehr geliebt als meine Mutter, trotz Strenge".

Die besondere Verehrung für ihren Vater hat eine der Wurzeln in ihrer Erziehung nach mohammedanischer Tradition.

Hinweis:

Die ambivalente Beziehung zu ihrem Vater setzt sich bis ins Erwachsenenalter fort:

Als die Mutter tot ist, erpreßt sie ihn, nicht ein zweites Mal zu heiraten, und stattdessen in ihr Haus im Ausland zu ziehen. Er lebt dann tausende von Kilometern von seiner Heimat entfernt in einem für ihn fremden Kulturkreis, kann sich nur schlecht eingewöhnen, hat kaum Kontakte, ist depressiv und kritisierend im Umgang mit seiner Tochter.

Die Patientin begründet ihre Handlung so:

" Ich will's dem Vater recht machen, ich bin die einzige für ihn".

P A T I E N T I N 5

Der Vater der Patientin ist als Beamter in einfacher Laufbahn tätig.

Die Patientin ist bei der Schilderung ihrer Angehörigen und ihrer eigenen Lebensweise sehr darauf bedacht, den Kriterien psychischer und sozialer "Normalität" zu entsprechen. Sie macht daher auch über ihren Vater nur allgemeine oder unpräzise Angaben, die sich zum Teil auch widersprechen, wie z. B.:

" Er setzt sich durch, ist aber kein Herrschertyp". - Aber:

" Die Schwelle, was er schluckt, ist nicht sehr hoch".

Die Persönlichkeit des Vaters und ihre Beziehung zu ihm bleibt unklar.

P A T I E N T I N 6

Der Vater der Patientin ist freiberuflich tätig. Die Patientin schildert ihn als Einzelgänger, als für einen Familienvater ungeeignet, sensibel und ängstlich, mit wenig Sinn fürs "Praktische" (im Gegensatz zur Mutter, vgl. im Kapitel über die Mutter). Die Patientin hält ihren Vater für einen weltfremden Menschen. Sie beginnt diese Aufzählung mit den Worten:

" Über den Vater kann ich schlecht sprechen, da gibt's nichts Wichtiges zu erzählen".

Die Patientin hält ihren Vater außerdem als für eine Ehe ungeeignet:

" Er hätte genausogut Wissenschaftler oder Klosterbruder werden können".

Die Ehe der Eltern ist schwierig. Beide unternehmen mehrere Anläufe zu einer Trennung, bleiben schließlich aber doch zusammen. Über die Beziehung der Eltern urteilt die Patientin folgendermaßen:

" Am meisten hat mich gestört, daß sie nicht harmonierten. Sie sind wie Tag und Nacht. Als Kind war ich da eher unbelastet. Da hab' ich mich immer auf die Seite von einem geschlagen Meine Mutti hat den 7. Sinn gehabt, die ist mir auf alles draufgekommen; der Gedanke ist aufregend".

" Mein Vater ist weltfremd, da hätt' ich mehr Freiheit 'rausschinden können Mein Vater denkt immer nur das Beste. Meine Mutti muß der Sache nachgehen. Mein Vater denkt, daß nichts Böses existiert. Dabei ist man umgeben davon, alles ist ein einziger Kampf".

Hinweis:

Die Patientin entdeckt im Erwachsenenalter einige seiner Verhaltensweisen an sich selbst (z. B. leidet sie seit dem 20. Lebensjahr unter massiven Angstzuständen). Sie lehnt diese Eigenschaften ab und versucht, sie zu "bekämpfen" (vgl.: "alles ist ein einziger Kampf").

Als Erwachsene bezeichnet sie das Verhältnis zu ihrem Vater als "gespannt":

" Jetzt im Alter wird er egozentrisch, will seine Ansichten durchsetzen".

" Der Vater möchte noch im Mittelpunkt sein, kann aber nicht so recht".

P A T I E N T I N 7

Der Vater der Patientin ist als Beamter in einfacher Laufbahn tätig. Die Patientin, mittlere von 3 Schwestern, ist Lieblingskind des Vaters

Die Beziehung zu ihm ist von Zärtlichkeit geprägt, das Verhältnis zur Mutter ist eher distanziert (vgl. im Kapitel über die Beziehung zur Mutter):

" Ich fühle mich eher zu meinem Vater hingezogen als zu meiner Mutter ...".
 " Schmusen, Zärtlichkeit hat es schon gegeben, v. a. mit dem Vater".

Die Patientin verhält sich "brav", im Gegensatz zu ihrer 5 Jahre älteren Schwester, die dem Vater ihre Eigenwilligkeit entgegensetzt, und von der Patientin als "stur" und "aufsässig" charakterisiert wird.

Nach den Worten der Patientin ist der Vater

" ruhig, arbeitssam, lustig, wenn's d'rauf ankommt".
 " Ich bin oft ähnlich wie er".
 " Es dauert lang, bis er aufbraust".

Die Patientin identifiziert sich mit vielen Verhaltensweisen ihres Vaters. Aufgrund ihrer widersprüchlichen Schilderung des massiven Konfliktes zwischen Vater und Schwester einerseits, und der angeblich ruhigen Wesensart des Vaters andererseits (s. o.) bleibt unklar, ob er ausgeglichen reagierte oder nicht.

P A T I E N T 8

Der Patient wurde von seiner Mutter einige Jahre vor dem 2. Weltkrieg als lediges Kind geboren und wuchs in den ersten eineinhalb Lebensjahren bei einer Pflegemutter auf (vgl. im Kapitel über die Mutter). Erst viel später erfährt er das angebliche Schicksal seines Vaters:

" Meinen Vater haben die Russen erschlagen. Wie ich in die Schule gekommen bin, haben sie es mir gesagt".

Als der Patient eineinhalb Jahre alt ist, heiratet die Mutter, die erneut schwanger ist, den Stiefvater und holt ihren erstgeborenen Sohn zu sich in die Familie.

Der Stiefvater ist ungelernter Arbeiter und häufig arbeitslos, die familiäre Situation ist geprägt von finanzieller Not.

" Wir hatten nur Stempelgeld ...".

Der Patient macht über die Persönlichkeit seines Stiefvaters nur wenige und zugleich widersprüchliche Angaben; die Beziehung zu ihm bleibt (anhand der Aussagen) unklar:

" Ich war der Älteste, bin ledig aufgewachsen. Der Stiefvater ließ es mich aber nicht spüren Er war gut aber streng ...".
 " Zuhause bleiben war die größte Strafe".

P A T I E N T 9

Der Patient beschreibt die Verhaltensweisen seines Vaters und die Beziehung zu ihm nur anhand weniger und z. T. widersprüchlicher Aussagen; das Bild von ihm bleibt daher blaß.

Der Vater ist als Nebenerwerbslandwirt tätig, gleichzeitig als Schichtarbeiter in einer Fabrik. Die Arbeitsüberlastung wirkt sich hinderlich auf den Kontakt zu seinen Kindern aus:

" Der Vater mag am Tag seine Ruh' - und nachts arbeitet er".

Der Vater zieht den Patienten in einigen wenigen Situationen den vier Töchtern vor: bei Männerunternehmungen der Dorfgemeinschaft wie Holzfällen oder Stammtisch-Besuchen; der Patient bezeichnet dies als "engen" Kontakt. Die Beziehung zu ihm bleibt insgesamt unklar.

P A T I E N T I N 10

Die Patientin wird als "lediges" Kind von ihrer Mutter unerwünscht geboren (vgl. Kapitel über die Mutter):

" Meinen Vater hab' ich nicht gekannt. Ich war ein lediges Kind. Mit 9 oder 10 Jahren hab' ich's erfahren, durch Zufall".

Als die Patientin im 6. Lebensjahr ist, heiratet die Mutter den Stiefvater; sie ist zu diesem Zeitpunkt erneut schwanger.

Die massive Ablehnung, die die Patientin von ihrem Stiefvater erfährt, wird aus folgender Situationsschilderung deutlich:

" Z. B. hat mein Vater gesagt: Wir gehen am Sonntag spazieren. Ich hab' gesagt: Ui ja. Da hat mein Vater gesagt: Wer hat denn gesagt, daß du mitgehst? Du hast da nichts zu suchen. Ich hab' gesagt: Warum denn nicht? Da hat er gesagt: Ja, meinetwegen".

Der Stiefvater kritisierte oder ignorierte die Patientin:

" Er hat überhaupt immer weniger zu mir gesagt".

Die Mutter verhält sich gegenüber der Patientin ebenfalls distanziert und ablehnend (vgl. Kapitel über die Mutter).

Als schönste Zeit in ihrem Leben bezeichnet die Patientin den Zeitraum zwischen dem 7. und dem 9. Lebensjahr, als sie bei ihrer Großmutter lebt:

" Da war ich frei".

P A T I E N T I N 11

Der Vater der Patientin ist als Handwerker tätig.

Die Patientin identifiziert sich mit Verhaltensweisen ihres Vaters, die sie schätzt:

" Ich komme mehr nach dem Vater. Der Vater ist die Ruhe".

Der Vater fühlt sich (ähnlich wie die Mutter) wohl, wenn die Familie um ihn herum versammelt ist. Im Gegensatz zur Mutter, die ein distanziertes Verhalten an den Tag legt, zeigt er seinen Kindern seine Zuneigung mehr:

" Es ist ihm am liebsten, wenn wir alle da sind ...".

" Ich glaube, es war eher der Vater, der so viele Kinder wollte".

" Der Vater zeigt mehr, daß er uns haben will (als die Mutter) Er ist weicher".

Er fordert von der Patientin weniger als die häufig kranke Mutter, die von ihr häufig Arbeit im Haushalt und Versorgung der kleineren Geschwister verlangt.

P A T I E N T I N 12

Der Vater der Patientin ist als einfacher Beamter tätig.

Die Patientin, die sich von ihrer Mutter von frühester Kindheit an beherrscht fühlt (vgl. Kapitel über die Mutter), beschreibt kaum die Verhaltensweisen ihres Vaters oder die Beziehung zu ihm. Die zentrale Aussage ist:

" Mein Vater war ruhiger und zufriedener als meine Mutter".

Der berufstätige Vater ist wenig zuhause, die älteren Geschwister der Patientin gehen in die Lehre: Da

" war ich mit meiner Mutter ganz allein".

Die Patientin wirft dem Vater und auch den übrigen Familienmitgliedern vor, sie gegen den Einfluß und die Bevormundung durch die Mutter nicht genügend beschützt zu haben.

Aufgrund ihrer wenigen Äußerungen bleibt die Beziehung zum Vater insgesamt unklar.

P A T I E N T 13

Der Vater des Patienten ist als Handwerker tätig.

Der Patient schildert seinen Vater als sehr normengetreu: Der Vater war " streng, pünktlich, ordentlich. Schule und Was-Ordentliches-Werden war für ihn sehr wichtig".

Nach Angaben des Patienten ist sein Vater ein Mensch, der Widerstand mit Gewalt bricht und ein aufbrausendes Temperament hat. Im nachhinein urteilt der Patient:

" Wir bekamen Prügel - aber gerecht ...".

Während der längerdauernden Trennungen von seinen Eltern (z. T. mehrere Monate im Alter zwischen 3 und 6 Jahren) lebt er zusammen mit seinen beiden älteren Brüdern bei den Großeltern und entfernt sich innerlich von den Eltern:

" Heimweh? Nein, im Gegenteil. Ich wollte oft nicht mehr zurück".

Die Reaktion des Vaters ist aufbrausend und verständnislos:

" Als mich mein Vater so mit 6 Jahren von den Großeltern holen wollte, da hab' ich gesagt: Nein, ich bleibe hier. Da hat er mir eine Watsche gegeben".

Hinweis:

Als Jugendlicher erlernt der Patient den gleichen Beruf wie sein Vater, wechselt die Tätigkeit später aus gesundheitlichen Gründen. Danach vollzieht er noch mehrere Berufswechsel. Im Rückblick beurteilt er das Verhalten seines Vaters folgendermaßen:

" Wenn ich es heute so sehe, kann ich ihn verstehen ...".

P A T I E N T I N 14

Die Patientin wird von ihrer Mutter unerwünscht als "lediges Kind" geboren. Die Patientin wächst bei der Großmutter auf. Die Mutter ist ganztags berufstätig (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Die Mutter erzählt ihr folgendes über das Schicksal ihres Vaters:

" Meinen Vater hab' ich nicht gekannt, der ist im Krieg gefallen".

(Der 2. Weltkrieg endete im Mai 1945; die Patientin ist im Juni 1946 geboren). Die Mutter lebt auch später ohne Partner; Männer bleiben in Kindheit und Jugend der Patientin Randfiguren.

P A T I E N T I N 15

Der Vater der Patientin ist als Handwerker tätig.

Die Patientin äußert sich nur knapp über ihren Vater. Auf die Frage nach seinen typischen Verhaltensweisen oder Eigenschaften reagiert die Patientin so:

" Ja, wie soll ich sagen? ... (lange Pause) Zu uns Kindern war er gut ...".

Eine wesentliche Eigenschaft des Vaters ist nach Schilderung der Patientin seine Strenge und seine nach innen gekehrte Art, die mit Fürsorge für die Kinder und Härte gegen sich selbst gepaart ist:

" Er ist nicht weggegangen, wenn eins (der Kinder) krank war ...".

" Er war streng, er war ein ganz harter Mann".

" Er hat nie gejammert Er ist an Krebs gestorben. Er hat alles in sich hinein ...".

Nach dem Tod des Vaters verläßt die Patientin (viertes von fünf Kindern) ihr Elternhaus und sucht sich Arbeit als Haushaltshilfe, nach eigenen Angaben, um finanziell unabhängig und außerdem der mütterlichen Kontrolle zu sein (vgl. im Kapitel über die Mutter).

P A T I E N T I N 16

Der Vater der Patientin ist nach dem 2. Weltkrieg Schwerkriegsbeschädigter und Frührentner.

Er ist die meiste Zeit zuhause. Er hat ein sehr enges Verhältnis zur Patientin, die das jüngste Kind und die einzige Tochter ist. (Das Verhältnis zur Mutter ist im Gegensatz dazu sehr distanziert - vgl. im Kapitel über die Mutter):

" Ich bin schon am Vater gehängt als einziges Mädels Der stand immer zur Verfügung. Er war immer meine Stütze, ich bin nie zur Mutter gegangen Haben die Brüder mich am Zopf gezogen, dann hab' ich gesagt: Ich sag's dem Vater ...".

Die enge Beziehung zum Vater hat zwei Seiten: einerseits emotionale Nähe und Fürsorge, andererseits starke Kontrolle (in der der Vater sich mit der Mutter einig ist):

" Ich durfte immer nur mit meinen Brüdern r'aus, nie allein". (bis zur Heirat)

Hinweis:

Die Patientin ist als 22jährige mit dem Tod des Vaters konfrontiert. Sie geht von seinem Totenbett weg, weil sie meint, sich um ihre kleine Tochter

kümmern zu müssen. Seither macht sie sich Vorwürfe, daß sie damals nicht länger bei ihrem Vater blieb.

" Ich war zwei Stunden vor seinem Tod bei ihm. Ich konnte nicht länger bleiben - die Tochter war gerade ein Jahr alt".

P A T I E N T I N 17

Der Vater der Patientin ist als ungelernter Arbeiter tätig. Die Kindheit ist geprägt von finanzieller Not und emotionaler Distanz zu den Eltern.

Beide Eltern sind wegen ganztägiger Arbeit häufig abwesend, der Vater ist auch an den Wochendenden wenig zuhause: Er war

" auch Samstag, Sonntag nie daheim. Da hat er, um dazuzuverdienen, Holz gefällt oder bei der Ernte geholfen".

Die Beziehung der Eltern zu einander ist charakterisiert durch häufige Streitigkeiten und durch Wutausbrüche des Vaters: Der Vater war

" ein herzensguter Mensch - aber jähzornig Die Mutter hat sich wunderbar mit ihm verstanden - obwohl sie oft gestritten haben ...".

Auch die 5 Kinder werden mit den Stimmungsumschwüngen und Gewalttätigkeiten des Vaters konfrontiert. Eine ältere Schwester der Patientin verhält sich gegenüber dem Vater sehr eigenwillig, sie bekommt häufig Schläge von ihm. Die Patientin, jüngstes der Kinder, ist ängstlicher als die Schwester und verhält sich eher "brav":

" Als Kind hab' ich Angst vor meinem Vater gehabt. Er war sehr jähzornig. Wenn mich mein Vater angeschaut hat, beim Essen, war ich eher verkrampft. Nur nicht auffallen...".

" Mich hat der Vater nur einmal gehauen (im Gegensatz zur Schwester) - aber da war ich selber schuld. Ich hab' ihn mit einem Gartenschlauch naßgespritzt".

Hinweis:

Als Erwachsene ist ihr Urteil über den Vater von Versuchen der Rationalisierung geprägt:

" Jetzt versteh' ich ihn besser ...". Er sei halt so gewesen,

" wohl durch den Krieg".

P A T I E N T I N 18

Der Vater arbeitet als Handwerksmeister in leitender Position. Diese Tätigkeit füllt ihn sehr stark aus. Er widmet der Patientin und ihren zwei wesentlich älteren Brüdern wenig Zeit und wenig Aufmerksamkeit.

" Vom Vater hab' ich wenig mitgekriegt Er war selten da. ... wenn er da war, war er müde. Zugänglich war er nicht".

" Ich hab' mich nicht getraut, zu schmusen; dazu haben wir uns zu wenig gekannt".

In der Darstellung der Patientin bleiben Verhaltensweisen und Eigenschaften des Vaters insgesamt undeutlich.

Der Vater lebt im häuslichen Rahmen eher zurückgezogen; seine Machtposition besteht im finanziellen Bereich:

" Zuhause hat die Mutter das Regiment gehabt, aber der Vater hat das Geld eingeteilt".

Hinweis:

Die Distanz der Patientin zu ihrem Vater kommt auch im Erwachsenenalter zum Ausdruck, als sie von seinem Tod spricht:

" Mein Vater ist vor 6 Jahren an ... - Krebs gestorben, das war nicht so schlimm".

P A T I E N T I N 19

Die Patientin wird als unerwünschtes Kind "ledig" geboren. Bis zum 12. Lebensjahr wächst sie bei ihrer alleinerziehenden Mutter als (wie sie selbst sagt) "Schlüsselkind" auf.

Mit der Heirat der Mutter, als die Patientin 12 Jahre alt ist, treten plötzlich zwei Männer in ihr Leben: der Stiefvater (leitender Angestellter) und der 5jährige Stiefbruder. Die Umstellung ist für die Patientin schwierig. Sie beurteilt die Ehe ihrer Eltern folgendermaßen:

" Die Ehe meiner Eltern ist für mich das Negativbeispiel überhaupt ...".

Die Mutter ist seit der Heirat nicht mehr berufstätig; sie bevormundet die Tochter stärker als früher (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Der Stiefvater ist nach Angaben der Patientin "autoritär", zeigt ein "Paschaverhalten" und bevorzugt den kleinen Bruder, sein einziges Kind, das er nach traditionellen Rollenvorstellungen erzieht. Die Patientin schildert die Verhaltensweisen des Stiefvaters durchwegs abwertend (s. o.). Z. B. sagt sie:

Der Stiefvater

" explodiert schon bei Kleinigkeiten ...".

" Er hat nicht geduldet, daß der kleine Bruder (im Haushalt) mithalf".

In dieser Gesamtsituation reagiert die Patientin mit Rückzugstendenzen:

" Ich ging den Reibereien zuhause aus dem Weg ...".

P A T I E N T I N 20

Der Vater der Patientin ist als Handwerker tätig.

Die Patientin macht nur wenige Aussagen über ihren Vater. Die meisten betreffen eher beide Elternteile:

" Zu den Eltern war ein gutes Verhältnis, zu beiden In der Familie ist überhaupt ein enges Verhältnis, zu beiden".

Die Patientin verdeutlicht an einer anderen Stelle des Gesprächs, was sie unter einem "engen" Verhältnis versteht:

" Ich durfte nur mit den Eltern weg - oder gar nicht ...".

" (Gemeinsame Unternehmungen) das war das Höchste ...".

Die emotionale Beziehung ist zu beiden Elternteilen unterschiedlich: in der Beziehung zur Mutter werden ambivalente Tendenzen sichtbar (vgl. im Kapitel über die Mutter), während der Kontakt zum Vater von Distanz geprägt ist:

" So was Zärtlichkeit angeht, ist mein Papa ähnlich wie mein Mann und mein Schwiegervater ...".

(Der Mann der Patientin verhält sich distanziert, der Schwiegervater ablehnend gegenüber der Patientin).

Die Persönlichkeit des Vaters bleibt insgesamt aufgrund der wenigen Angaben der Patientin unklar.

Hinweis:

Der Vater stirbt durch einen Unfall, als die Patientin 25 Jahre alt ist. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, an dem die Patientin sich in einem Abgrenzungskonflikt mit ihrer Mutter befindet, der in ihr Schuldgefühle mobilisiert (vgl. im Kapitel über die Mutter). Im Gespräch gegründet die Patientin ihre Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod des Vaters folgendermaßen:

" ... einen Tag vor Weihnachten, starb mein Papa. Ich kann mich mit seinem Tod nicht abfinden Ich mache mir Vorwürfe, ihn nicht mehr gesehen zu haben ...".

P A T I E N T 21

Die Patientin wird als "lediges Kind" unerwünscht geboren. Bis zu ihrem 8. Lebensjahr lebt sie bei Mutter und Großmutter. Die Mutter ist ganztags berufstätig, und hat wenig Zeit für die Tochter (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Die Mutter unterbindet bis zu ihrem Tod den Kontakt der Tochter zu ihrem leiblichen Vater.

Die Mutter ist erneut schwanger, als die Patientin 8 Jahre alt ist, und heiratet den Stiefvater. (Aus dieser Verbindung stammen die drei jüngeren Halbgeschwister der Patientin).

Aufgrund der wenigen Angaben der Patientin bleiben die Verhaltensweisen ihres Stiefvaters im wesentlichen undifferenziert und blaß. In der Beziehung zu ihm allerdings schildert sie, daß er sie (als 15jährige) sexuell nötigte:

" Mit dem Stiefvater gab's Probleme, aber das ist lange zurück Als er aus dem Krieg zurückkam, wollte er was von mir ...".

Sie versucht, sich seiner Annäherung durch einen Umzug zur Großmutter, die jetzt nicht bei der Familie lebt, zu entziehen; aber die Mutter gestattet das der noch minderjährigen Tochter nicht (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Hinweis:

Erst durch ihre Heirat als 20jährige kann sie aus dem Elternhaus wegziehen. Die Patientin macht im Gespräch Versuche, das Verhalten ihres Stiefvaters zu rationalisieren:

" ... er ist schwerkriegsbeschädigt (aus dem 2. Weltkrieg) retour gekommen ...".

P A T I E N T I N 22

Der Vater der Patientin ist aufgrund seiner schweren Erkrankungen Frührentner und häufig zuhause. Nach Angaben der Patientin hatte er "Herzwas-ser, Bauchwasser", war nieren- und rheumakrank (evtl. hatte er SLE; damals wurde keine eindeutige Diagnose gestellt).

Die häufige Anwesenheit des Vaters zu Hause und seine massiven Krankheitsbeschwerden hatten nach Meinung der Patientin auf alle Familienangehörigen starke Auswirkungen; er verhielt sich bevormundend und intolerant:

" Ich bin streng erzogen worden vom Vater, nicht zuviel spielen". Er war " oft böse mit uns (Kindern), ungerecht. Der hatte so einen religiösen Wahn, das hat ihn vielleicht aufrecht erhalten. Jeden Tag in die Kirche

gehen und Rosenkranz beten. Und er hat uns zum Beten gezwungen".
 " Ich dachte: Draußen ist er freundlich, zuhause böse ...".

Hinweis:

Die Patientin schildert ihren Vater als einschränkend und bevormundend (s. o.). Diese Tendenzen reichen bis ins Erwachsenenalter der Patientin: Als die minderjährige Patientin von ihrem damaligen Freund ein Kind erwartet, gibt der Vater nicht die notwendige schriftliche Einverständniserklärung, und unterbindet die Heirat. Er hindert die (noch minderjährige) Patientin außerdem daran, ihren Wunschberuf "Bedienung" zu erlernen. Die Patientin kann ihren Wunsch erst Jahre später verwirklichen.

P A T I E N T 23

Der Vater des Patienten ist als Handwerker tätig.
 Im Gegensatz zur (nicht berufstätigen) Mutter, die den Patienten als Kind mit ihren Stimmungsumschwüngen und Wutausbrüchen ängstigt (vgl. im Kapitel über die Mutter), charakterisiert er seinen Vater folgendermaßen:
 Der Vater ist

" sehr ausgeglichen, sehr ruhig, nicht ehrgeizig ... ein häuslicher Typ".

Der Vater ist ganztags berufstätig, häufig nicht zuhause. Der Patient erhält als Kind wenig Unterstützung von ihm, um sich von der Mutter ein Stück mehr abzugrenzen. Als frühes Kindheitserlebnis gibt der Patient an:

" Ich weiß nur noch, daß ich mich gefreut hab', wenn der Vater heimgekommen ist ...".

Hinweis:

(vgl. auch Identifikation mit der Mutter im Kapitel über die Mutter):
 Über seine Identifikation mit den Eltern und ihren Wandel sagt der Patient:

" Ich war erst wie die Mutter, unkontrolliert Jetzt bin ich mehr wie der Vater. So zu sein paßt nicht in mein Männerbild".

P A T I E N T I N 24

Der Vater der Patientin hat keinen Beruf erlernt. Er ist stark alkoholabhängig, und geht Gelegenheitsarbeiten nach.

Die Beziehung der Eltern ist schwierig, von finanzieller Not und Alkoholproblemen belastet. Während die Mutter, die keinen Beruf erlernt hat, Putzarbeiten annimmt, um ihre 5 Kinder zu ernähren, verfällt der Vater immer mehr dem Alkoholismus:

" Mein Vater trank, war fast jeden Tag betrunken, und es gab Streit ...".

Die Verhaltensweisen des Vaters werden von der Patientin nicht detailliert geschildert, und bleiben unklar. Die Beziehung zu ihm ist von Distanz geprägt:

" Um uns (Kinder) hat er sich fast gar nicht gekümmert ...".

9. Lebensgeschichtliche Erfahrungen bis zum Krankheitsausbruch - Manifestationsbeginn des SLE -

Ein Überblick anhand der Gesprächsprotokolle

Im folgenden sind wichtige Aspekte der lebensgeschichtlichen Erfahrungen der 24 befragten Personen zusammengestellt die sich jeweils in 2 Teile gliedern:

- lebensgeschichtliche Erfahrungen bis ca. 2 Jahre vor Krankheitsbeginn (ohne Kindheit; dazu vgl. Kapitel über die Beziehung zu den Eltern)
- lebensgeschichtliche Erfahrungen im Zeitraum der letzten zwei Jahre vor Krankheitsausbruch / Manifestationsbeginn der Erkrankung

P A T I E N T I N 1

Der Vater der Patientin stirbt, als sie 10 Jahre alt ist - nach ihren Angaben bei einem Autounfall (laut Fremdanamnese durch einen Raubmord). Er stand ihr wesentlich näher als die Mutter; sein Tod ist für die Patientin eine Wende in ihrem Leben (vgl. im Kapitel über den Vater). Über die Lebenssituation vor seinem Tod äußert sie folgendes:

" Früher bin ich sehr am Vater gehängt, der Bruder an der Mutter ...".
 " Zu mir war der Vater weicher als zur Mutter, er hat's mit der Tochter gekonnt".

Die Mutter, zu der die Patientin schon seit ihrer frühen Kindheit ein distanziertes Verhältnis hat, ist nach dem Tode des Vaters ihre engste Bezugsperson. Sie ist als alleinstehende Frau mit zwei Kindern und als Geschäftsführerin des Kleinbetriebs ihres verstorbenen Mannes starken Belastungen ausgesetzt. Ihr Verhalten gegenüber der Patientin ist von Stimmungsschwankungen geprägt, die emotionale Distanz besteht weiterhin (vgl. im Kapitel über die Mutter):

" Früher hab' ich mich nicht viel sagen getraut, weil der Mutter gleich die Hand ausrutschte ...".

Ihr um 15 Monate jüngerer Bruder, den die Mutter seit seiner Geburt der Patientin vorzieht, steht mit ihr in Konkurrenz um die Gunst der Mutter. Die Patientin fühlt sich häufig zurückgesetzt. Sie entwickelt sich zu einer "braven", leistungsorientierten Jugendlichen.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Als der 12jährige Bruder "aufmüpfig" wird, mit seinen Schulleistungen nachläßt und außerdem beide Geschwister häufig streiten, schickt die Mutter ihn in ein Internat. Von dort kommt er nur manchmal am Wochenende nach Hause. Die Patientin lebt nun (im Jahr des Krankheitsausbruchs) allein mit ihrer Mutter. Sie beurteilt die Situation so:

" Ich lehne mich jetzt nicht mehr so gegen die Mutter auf, der Bruder schon".

Ca. zwei Wochen vor Krankheitsausbruch (der Patientin) wird ihre Mutter aufgrund akut aufgetretener Unterleibsbeschwerden und starker Blutungen in ein Krankenhaus eingeliefert. (Erst einige Zeit später stellen sich diese Symptome als harmlos heraus). Die Patientin hat Angst, nach dem Vater auch die Mutter zu verlieren. Nachträglich äußert Sie:

" Ich hab' meine Mutter jeden Tag besucht. Ich hatte Angst, der Mutter geschieht etwas Zur gleichen Zeit haben meine Beschwerden begonnen ...".
 " Zuerst hab' ich sehr am Vater gehangen. Jetzt versteh' ich mich in letzter Zeit mit der Mutter sehr gut, v. a., wie sie im Krankenhaus war ...".

Die ersten Krankheitssymptome treten bei der Patientin 14 Tage nach der Krankenhauseinweisung der Mutter auf; die Patientin ist 13jährig.

P A T I E N T I N 2

Der Vater, dessen Lieblingskind die Patientin ist, stirbt, als sie 13 Jahre alt ist. Die emotional kühle, distanzierte Mutter ist jetzt ihre einzige engere Bezugsperson (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Nach dem Tod des Vaters verlangt die Mutter von ihr als ältester Tochter intensive Mithilfe in Haushalt und Landwirtschaft. Die Patientin erhält keine Möglichkeit, eine Ausbildung zu machen. Ab ihrem 16. Lebensjahr nimmt sie Aushilfsarbeiten in einer Fabrik an.

Mit 17 Jahren macht sie an ihrem Arbeitsplatz eine sehr belastende Erfahrung: Obwohl unbeteiligt, wird sie mit einer Gruppe von Arbeitern vom Arbeitgeber wegen Störung des Betriebsfriedens entlassen (vgl. auch ihre Ängste im Konflikt mit dem Vorarbeiter 3 Monate vor Krankheitsbeginn). Die Patientin sieht durch diesen Hinauswurf ihr Selbstwertgefühl und ihre Existenzgrundlage stark getroffen. Auch ihre spätere Rehabilitierung durch einen Prozeß vor dem Arbeitsgericht, bei dem sie eine Lohnfortzahlung erkämpft, entlastet sie nur wenig.

Die Patientin lernt ihren späteren Ehemann als 18jährige kennen. Er ist ihr erster Partner, ihre "große Liebe". Sie wird schwanger, und heiratet ihn im Alter von 19 Jahren (23 Jahre vor Krankheitsbeginn).

" Ich hab' den Mann wahnsinnig gern mögen. Das Kind kam gleich".

Die Beziehung zu ihrem Ehepartner ist schwierig. Er hat häufig kurze sexuelle Beziehungen zu anderen Frauen, ist alkoholabhängig, und in betrunkenem Zustand oft gewalttätig. Mehrmals kommt sie an den Rand ihrer psychischen Kraft, zweimal erleidet sie einen "Nervenzusammenbruch".

" Mein Mann ist ein Grobian Ich mag' ihn sehr gern - wenn er ruhig ist"

" Er wollte mich kaputtmachen ...".

" Ich hab' gedacht, ich kann den schon richten".

" Die Mama sagte, ich soll weg von ihm. Der Arzt sagte: Nervenzusammenbruch Ich hab' sehr geweint, ich hab' geglaubt, es reißt mir das Herz r'aus".

Die Patientin wehrt ihre Tendenzen ab, sich von ihrem Mann zu trennen, der immer wieder "reumütig" zu ihr zurückkam. Aus ihrer Sicht entspannt sich die schwierige Situation etwas, als ihr Mann chronisch krank wird, und ab dieser Zeit keine sexuellen Beziehungen zu anderen Frauen mehr eingeht (ca. 8 Jahre vor Krankheitsausbruch der Patientin); die Alkoholproblematik bleibt weiterhin erhalten.

Etwa zur gleichen Zeit versucht die Patientin, ihren Mann durch äußere Zwänge noch stärker auf die Beziehung zu ihr festzulegen. Sie beginnt mit dem Bau eines Eigenheims auf dem Grundstück ihrer Mutter und leqt notariell fest, daß das Haus bei einer "schuldhaften Scheidung" ihres Mannes ihr allein zufallen würde. Auch ihre eigenen Trennungswünsche werden durch diesen Hausbau abgeschwächt, aber nicht aufgehoben (ca. 8 Jahre vor Krankheitsbeginn):

" 15 Jahre hab' ich um den Mann gekämpft, gestritten. Dann hab' ich mir gedacht: Entweder ich geh' oder ich nagel dich so fest, daß du mir nicht mehr auskommst ...".

" Wenn das nicht mein Daheim wär', wär' ich schon längst auf und davon ...".

Die Patientin arbeitet bei Krankheitsausbruch seit ca. 20 Jahren in der gleichen Fabrik. Die Arbeit dort ist ihre "zweite Heimat". Ohne Ausbildung, hatte sie sich durch langjährige Erfahrung in eine Position "hochgearbeitet", die außer ihr nur von Männern mit entsprechender Ausbildung besetzt ist. Bei ihrer Tätigkeit im Betriebsrat, dem sie 12 Jahre - ebenfalls als einzige Frau - angehört, erlebt sie häufig nervenaufreibende und menschlich enttäuschende Situationen, die sie mit ihrer ausgeprägten Helferhaltung zu dem Schluß veranlassen: "Undank ist der Welt Lohn": Es

" hat mich viel Kraft gekostet als einzige Frau im Betriebsrat, ich hab's aber gern gemacht Ich hab' geweint für Kolleginnen, die mir dann in den Rücken gefallen sind, gekämpft für andere, alles gemacht ...".

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ihr zweiter Halt im Leben ist ihr einziger Sohn, ein "Antityp" zu seinem Vater ("raucht net, trinkt net"). Die Patientin hat Angst vor einem Auszug ihres Sohnes, seiner möglichen Heirat - er ist bei Krankheitsbeginn 21jährig. Denn dann wäre sie mit ihrem Mann allein im Haus:

" Es ist mir recht, wenn er (der Sohn) heiratet. Aber lieber ist es mir, wenn er zuhause ist".

Ca. 2 Jahre vor Krankheitsbeginn lernt die Patientin ihren um 10 Jahre jüngeren Freund kennen. Beide haben viele gemeinsame Interessen, die Beziehung ist von Verständnis und körperlicher Nähe geprägt. Die Patientin fühlt sich mit dieser Beziehung wohl, möchte die gelegentlichen Treffen jedoch nicht intensivieren; auf keinen Fall möchte sie sich von ihrem Mann trennen, und mit ihrem Freund zusammenziehen. Ihr Mann ahnt, daß sie eine Beziehung zu einem anderen Mann hat, fragt aber nicht nach; die Patientin spricht von sich aus auch nicht mit ihm darüber. Beide Ehepartner leben weiterhin nebeneinander her. Über ihre Lebenssituation mit zwei Männerbeziehungen urteilt die Patientin so:

" Ich brauch' den Gegensatz (meines Mannes zu mir), der mich anzieht Ich kann ja ausweichen, wenn er böse ist Ich bin lieber so, wie ich will und er geht seine Wege, und läßt mir meine Freiheit und ist nicht zu nah da Jetzt kann mein Mann machen, was er will, weil ich einen Freund hab'". (Trennung?)

" ... ja mei, jetzt ist er (der Ehemann) auch schon alt und krank, und ich ich hab' mich so an ihn gewöhnt Ich hab's gern, wenn jemand da ist ...".

Im Jahr vor Krankheitsausbruch ist die Patientin erschöpft und "einfach restlos fertig". Sie arbeitet in ihrer bisherigen Position weiter, kandidiert jedoch nicht mehr als Betriebsrätin:

" Aber ich hätt' wegmüssen von der Arbeit. Ein Jahr hab' ich so dahingewurstelt. Dann kam der Streit in der Arbeit, und dann der Urlaub, und dann bin ich völlig zusammengeklappt".

Ein handgreiflicher Streit mit ihrem Vorarbeiter, der ca. 3 Monate vor Beschwerdenbeginn stattfindet, berührt sie auch Monate später (bei unserem Gespräch) noch sehr stark (vgl. a. belastende Erfahrung am Arbeitsplatz als 17jährige).

- " Du blödes Vieh, plärrte er mich an. Schließlich hab' ich ihm einen Karton d'raufgehauen Es hat mir seelisch so weh getan, daß ich einen fremden Mann d'raufhaute. Ich hab' mich so geniert, alle haben es gesehen (weint). Das war die größte Erniedrigung, die mir je passieren konnte. Das ist eine Explosion gewesen. Wenn ich was anderes gehabt hätte ...".
- " Ich hab' ihm den Karton mit Tabak drüber; das klebte auf seinem schweißigen Gesicht. Ich konnte es nicht zurücknehmen, ich konnte von dem Streit nicht weg. Ich konnte ja den Arbeitsplatz nicht verlassen, die hätten mich ja rausgeschmissen".
- " Das Schlimmste war, daß ich nicht wegkonnte, nicht weglaufen konnte Das Schlimmste an dem Streit war die Enge, ich konnte nicht aus" (weint).
- " Ich weinte so viel und dachte, ich kann es rausweinen, aber es ging nicht. So was darf mir nicht mehr passieren, das geht über meine Stärke".

Die ersten Krankheitssymptome treten ca. drei Monate nach diesem belastend erlebten Konflikt am Arbeitsplatz während ihres Jahresurlaubs auf.
Die Patientin ist jetzt 42 Jahre alt.

Hinweis:

Die Patientin sieht keine Zusammenhänge zwischen ihrer Lebensgeschichte und ihrer Erkrankung:

- " Ich versteh' nicht - jetzt, wo ich mich rundum frei fühl', daß mir das (mit der Krankheit) passiert ...".

Rückblickend urteilt sie so über ihr Leben:

- " Was früher war, will ich weg, alles weg".

P A T I E N T I N 3

Die Patientin lernt 19jährig ihren späteren Partner kennen - kurz bevor sie eine Ausbildung im Ausland beginnt. Sie merkt erst im Ausland, daß sie schwanger ist, und will ihr Kind zur Adoption freigeben. Auf Drängen des Partners kehrt sie in die Heimat zurück, heiratet ihn und bringt das Kind zur Welt (10 1/2 Jahre vor Krankheitsausbruch).

Beide Partner kennen sich nur flüchtig:

- " Wir hatten natürlich die Sonntagsgesichter auf".

Die Anfangszeit der Ehe ist geprägt von sozialen und organisatorischen Problemen: Die Patientin kann ihre Ausbildung nicht fortsetzen, sondern verdient als Sekretärin den Unterhalt für die Familie und finanziert zum Teil das Studium ihres Ehemanns. Gleichzeitig bedeutet das Berufstätigsein für die Patientin die Verwirklichung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit.

Für die Betreuung des (ungewollten) Kindes bleibt ihr wenig Zeit; ihre Verwandten kümmern sich abwechselnd um die kleine Tochter.

Die Beziehung beider Ehepartner bleibt schwierig: Nähe und Verständnis fehlen, ihre Interessen und Lebensweisen divergieren stark:

" Mein Mann ist genau das Gegenteil von mir. Er macht alles vom Kbpf her, ist ruhig und rational, und findet schwer Kontakt".

Das Kind wird zum Bindeglied der Ehe, Trennungsgedanken werden beiseite geschoben.

Nach Beendigung der Ausbildung ihres Partners gibt die Patientin auf seinen Wunsch und gegen ihre eigene Überzeugung ihre Berufstätigkeit (die ihr viel bedeutet - s. o.) auf und lebt als Hausfrau und Mutter (7 Jahre vor Krankheitsbeginn). Ihr Partner wünscht sich zu dieser Zeit außerdem ein zweites Kind. Die Patientin ist stark gegen eine erneute Schwangerschaft eingestellt, da nach ihrer Meinung ein zweites Kind einem endgültigen Verzicht auf eine Berufstätigkeit gleichkäme.

In dieser schwierigen Zeit der Beziehung wird sie zum zweiten Mal schwanger. Durch "unvernünftiges Verhalten" (Zitat der Patientin) in einer kritischen Frühphase der Schwangerschaft kommt es zu einem Spontanabgang; im gleichen Jahr nimmt sie eine Halbtagsstelle an (4 Jahre vor Krankheitsausbruch).

" Ich konnte nicht liegen bleiben (trotz ärztlichem Rat) - wegen meiner Tochter".

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. 1 Jahr vor Krankheitsausbruch erreicht die Patientin einen beruflichen Aufstieg in eine Tätigkeit mit vermehrter Verantwortung und vermehrtem Entscheidungsdruck. Sie ist jetzt ganztags berufstätig. Es bleibt ihr weniger Zeit für ihre 10jährige Tochter - sie fühlt sich als "schlechte Mutter". Gleichzeitig bedeutet die neue Tätigkeit für sie ein Stück mehr Selbstverwirklichung.

Ca. 1/2 Jahr vor Krankheitsbeginn unterzieht sie sich einer Tubenligatur. Beide Entscheidungen (ganztägige Berufstätigkeit, Tubenligatur) setzt sie gegen den Widerstand ihres Ehemannes durch.

Erste Krankheitssymptome treten im gleichen Jahr auf. Die Patientin ist 30 Jahre alt.

P A T I E N T I N 4

Die ausländische Patientin hat zu beiden Elternteilen eine von ambivalenten Tendenzen geprägte Beziehung: Die Mutter verhält sich gegenüber der Patientin sehr liebevoll und fürsorglich, gleichzeitig aber stark bevormundend und kontrollierend. Ihr Vater ist ein nervöser, arbeitsüberlasteter Mensch, den sie aber sehr verehrt (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Nach dem Abitur besucht die Patientin eine Abenduniversität für Ingenieure, die sie jedoch vorzeitig abbricht. In dieser Zeit hat sie erste sexuelle Beziehungen, die von kurzer Dauer sind. Als 24-jährige verläßt die Patientin ihre Heimat, um im Ausland zu arbeiten, und um mehr Abstand von ihrer Mutter zu bekommen, die sie noch immer stark bevormundet (vgl. im Kapitel über die Mutter) - 11 Jahre vor Beginn der Erkrankung:

" Meine Mutti hat mich abnormal geliebt".

" Meine Mutti hat sich so an mich gehängt. Das war vielleicht auch der Grund, warum ich von X. wegging ...".

Die Partnerin lernt ihren Partner im Ausland kennen. 9 Jahre vor Krankheitsbeginn läßt sie sich zögernd auf eine Ehe ein. Die Beziehung ist schwierig. Beide Partner kommen aus verschiedenen Kulturkreisen, und können sich in vielen alltäglichen Situationen schlecht verstehen - obwohl es wenig Sprachprobleme gibt, da die Patientin die Sprache des Gastlandes gut beherrscht. Der (deutsche) Ehemann ist materiell großzügig, zeigt jedoch wenig Einfühlungsvermögen in die seelische Situation der Patientin. So merkt er z. B. später (bei der Schwangerschaft der Patientin) nicht einmal, daß sie schwer depressiv ist und sich mit dem Alltagsleben nicht mehr zurechtfindet.

Die Angehörigen des Ehemanns sind sehr gegen die Beziehung zu einer Ausländerin eingestellt, und begegnen der Patientin mit starker Ablehnung. Über Jahre hinweg kann die Patientin die Kontakte mit einigen Verwandten ihres Mannes vermeiden, doch sie kann nicht erreichen, daß die Schwiegermutter ihre z. T. wochenlangen Besuche in der Wohnung des Paares einstellt.

Über Jahre hinweg schwankt die Patientin immer wieder, ob sie sich doch eine Trennung von ihrem Mann will. Sie überlegt auch eine Rückkehr in ihre Heimat zu ihren Eltern, zu denen sie ebenfalls eine schwierige Beziehung hat (vgl. im Kapitel über den Vater bzw. die Mutter). Sie hat einen ambivalenten Kinderwunsch: Ein Kind würde sie nach ihrer eigenen Einschätzung auf die Beziehung zu ihrem Mann festlegen; andererseits möchte sie gerne ein Kind. Im 5. Jahr ihrer Ehe hat sie eine Fehlgeburt im 3. Schwangerschaftsmonat (4 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Die Patientin lebt sehr zurückgezogen, hat außer ihrem Mann wenige Gesprächspartner. Ihre einzige engere Vertraute ist ihre fast 20 Jahre ältere Cousine, die weit entfernt im Ausland lebt. Diese stirbt plötzlich an Krebs; die Patientin hat damit ihre einzige engere Freundin verloren (ca. 5 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Nach 7jähriger Ehe, ca. eineinhalb Jahre vor Krankheitsbeginn, kaufen die beiden Ehepartner ein Haus. Auch beim Einzug wird deutlich, daß sich beide schlecht verständigen können, welche Dinge beim Einzug Vorrang haben sollen: Während der Patientin z. B. in erster Linie die fertige Einrichtung ihres Hauses am Herzen läge, kümmert sich ihr Mann zuerst um die Anlage eines Gartens.

Etwa zur gleichen Zeit erfährt die Patientin, daß ihre Mutter unheilbar an Krebs erkrankt ist. Sie holt sie schwerkrank zusammen mit dem Vater nach

Deutschland in ihr Haus; die Mutter soll in ihrer Nähe sein, und bei ihr zuhause sterben. Nach dem Tod der Mutter geht der Vater wieder in die Heimat zurück (ca. 1 Jahr vor Krankheitsbeginn).

4 1/2 Monate vor Krankheitsbeginn wird die Patientin schwanger. Über ihren Kinderwunsch äußert sie:

" Wir (ihr Mann und sie) waren bereits lange verheiratet und wollten unbedingt ein Kind ...".

" Meine Mutti wollte unbedingt ein Enkelkind von mir Ich weinte, weil die Mutti das Enkelkind nicht mehr sehen konnte".

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich im 5. Schwangerschaftsmonat. Die Patientin ist 35 Jahre alt.

(Gegen Ende der Schwangerschaft erlebt die Patientin schwere depressive Zustände, die medikamentös behandelt werden). Nachträglich äußert sich die Patientin so über ihren Zustand:

" Ich dachte damals: Alles ist so schwer, wir können nichts mehr schaffen".

P A T I E N T I N 5

Die sehr auf ihre Ursprungsfamilie bezogene, wenig kontaktfreudige Patientin wohnt während der ersten Semester ihres Studiums noch, zusammen mit dreien ihrer Geschwister, zuhause bei ihren Eltern. Beide Eltern sind körperlich stark behindert; der Vater ist stark sehbehindert, die Mutter seit Jahren schwer rheumakrank. Gemeinsam mit einer unverheirateten älteren Schwester fühlt sie sich sehr für die Versorgung ihrer Eltern verantwortlich. So äußert sie z. B.:

" Ich hab' ja meine kranke Mutter zuhause ...".

(Näheres über die Schilderung der Eltern durch die Patientin - vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater: Die im Gespräch geschilderte Beziehung zu ihren Eltern bleibt aufgrund weniger und widersprüchlicher Angaben unklar).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Aus der vertrauten Umgebung zieht die Patientin um, als sie die letzten drei Jahre ihrer Ausbildung in einer 70 Kilometer entfernten Großstadt fortsetzen muß. Sie sucht sich ein Zimmer zur Untermiete, das jedoch nicht in dieser Stadt liegt, sondern an der Zugstrecke zwischen Elternhaus und Ausbildungs-ort (und zwar näher am Heimatort als an der Großstadt). Sie nimmt täglich 3 bis 4 Stunden Fahrtzeit in Kauf. Über ihr neues Zimmer sagt sie später: Das " war nur eine Absteige ...".

Bisher hatte sie in der überschaubaren Struktur ihres Heimatortes gelebt, integriert in Ursprungsfamilie und Pfarrgemeinde. Die Anonymität und Hektik der Großstadt, neue Erfahrungen und Begegnungen mit Menschen machen ihr Angst:

" Ich bin ein planender Mensch Ich habe Unbehagen in neuen Situationen. Ich schaffe die Übersicht dann nicht Religion ist für mich eine feste Ordnung, in der ich mein Leben gestalten kann ...".

Durch das häufige Pendeln zwischen Ausbildungsstätte, Zimmer und Wohnort der Eltern findet sie wenig Ruhe. An Kontakten zu Studienkollegen ihrer Ausbildungsgruppe zeigt sie wenig Interesse. Sie zieht sich eher zurück. Die Möglichkeit näherer Begegnungen löst bei ihr Angst aus, vereinnahmt zu werden:

" Ich möchte nicht, daß das (der Kontakt zu den Kollegen übermäßig ausartet, daß ich keine Privatsphäre mehr habe".

Die Patientin hatte seit der belastenden Erfahrung einer versuchten Vergewaltigung als junge Erwachsene keine näheren Beziehungen zu Männern aufgenommen. Im Gespräch erwähnt sie eine Bekanntschaft mit einem Mann; die sei aber inzwischen "im Sande verlaufen", beide hätten sie das Interesse an dem Kontakt verloren. Ihren Rückzug auf ihr Elternhaus (mit wenig Außenkontakten) begründet sie so:

" An Heiraten hab' ich nicht gedacht. Dann bin ich nicht mehr frei, das zu machen, was ich will".

(Eine Kollegin der Patientin gibt folgende Fremdbeurteilung ab: Die Patientin sei "ein Antityp bei Männergeschichten, ein einsames Wässerchen, das nie rebellierte, auch wenn es den anderen in der Gruppe schon längst zu viel war. Bei Festen war sie immer am Rande, mußte immer auf den Zug und blieb nie über Nacht da").

Die ersten Krankheitssymptome treten bei der Patientin auf, als sie nach einem längeren Urlaub ihre Ausbildung in der Großstadt fortsetzt. Sie ist jetzt 27 Jahre alt.

— 100% — 100% — 100% —

P A T I E N T I N 6

Die Patientin, ältere von 2 Kindern, hat zu beiden Elternteilen eine schwierige Beziehung. Die Beziehung zum Vater ist von Distanz geprägt, über seine Persönlichkeit spricht sie abwertend (vgl. im Kapitel über den Vater). Die Beziehung zur "patenten", resoluten Mutter ist geprägt von Gefühlen, der Furcht und der Bewunderung (vgl. im Kapitel über die Mutter). In ihrer Kindheit und Jugend ist die Patientin ein lebhaftes Mädchen, das v. a. mit Jungen zusammen ist, und auf andere Mädchen herabsieht.

Die Wende im Leben der bis dahin eher burschikos-unerschrocken lebenden 20jährigen Patientin stellt eine Lebenssituation dar, die sie selbst als "Schwimmunfall" bezeichnet: Gemeinsam mit ihrem 3 Jahre jüngeren Bruder schwimmt die Patientin, eine sportliche Frau und gute Schwimmerin, in die Mitte eines Sees hinaus. Plötzlich spürt sie ein Engegefühl in ihrem Brustkorb und eine unerklärliche Angst über die Weite vor ihr, begleitet von Luftnot, einem Schwächegefühl und Todesängsten:

" Plötzlich sah ich die Weite, und hatte Angst, unterzugehen".

Ihr Bruder, den sie bis dahin immer als einen unsportlichen "Schwächling" verachtet hatte, schwimmt zu ihr und bringt sie an Land.

Von diesem "Schwimmunfall" bis zu den ersten Krankheitsbeschwerden (durch SLE) vergehen 17 Jahre.

In dieser Zeit bringt sie 2 Ehen und zwei Scheidungen hinter sich. Über die Persönlichkeit ihrer Ehemänner und die Beziehung zu ihnen äußert sie sich wenig:

" Die große Liebe war es nicht. Vielleicht Abenteuerlust".

Im Jahr des Schwimmunfalls unterzieht sich die Patientin einer Unterleibsoperation, bei der ein Eileiter wegen "Verwachsungen" entfernt wird. Es folgen später noch weitere gynäkologische Operationen. Die Beziehung zu ihrem Körper und ihren Sexualorganen beschreibt sie so:

" Im Unterleib waren immer Zysten und Tumoren Man hätte gleich alles herausnehmen sollen ...".

Ein Jahr nach der ersten gynäkologischen Operation folgt eine zweite. Am Vorabend der Entlassung aus dem Krankenhaus verstärken sich ihre Angstgefühle, die sie seit ihrem Schwimmunfall beschäftigen, ganz massiv: Sie hat Todesangst vor dem Einschlafen, da sie fürchtet, im Schlaf zu ersticken (16 Jahre vor Krankheitsbeginn).

In der Folgezeit generalisiert sich ihr Angstgefühl immer mehr: Zustände von Agora- und Claustrophobie beherrschen ihr Leben, und schränken ihre Bewegungsfreiheit und ihr Lebensgefühl ganz stark ein. Ihr Leben wird immer mehr von der "Angst vor der Angst" überschattet. (Sie mißt diesen Ängsten später z. B. wesentlich mehr Bedeutung bei als ihrer Erkrankung an SLE). Wegen ihrer Ängste verbringt sie mehrfach monatelange Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken, und befindet sich zuhause in ständiger psychiatrischer Betreuung - ohne eine nachhaltige Besserung ihres Zustandes.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. 2 Jahre vor Krankheitsausbruch lernt die Patientin ihren wesentlich älteren Freund kennen. Sie haben gemeinsame geistige Interessen, und gleichzeitig Scheu vor körperlicher Nähe. Beide wohnen noch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter mit ihren Eltern zusammen (ca. 40 bzw. 50jährig) und lassen sich von ihrer Mutter versorgen.

Durch die massive Angstsymptomatik ist die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter eher noch enger als früher: Von der Patientin als resolut geschildert begegnet die Mutter diesen Ängsten ihrer Tochter mit Härte ("Stell dich nicht

so an"), eine Haltung, die der Patientin eher zusagt als die fürsorgliche Art ihres Freundes (vgl. im Kapitel über die Mutter).

" Die barsche Art von der Mutti hilft mir - wenn die mich anstaucht, ist es (die Ängste) am nächsten Tag besser".

Die Patientin ist bei Krankheitsausbruch 41 Jahre alt. Sie ist seit 25 Jahren im gleichen Unternehmen in der Datenverarbeitung tätig (nur unterbrochen durch ihre Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken). An belastende lebensgeschichtliche Ereignisse der letzten 2 Jahre kann sie sich nicht erinnern.

P A T I E N T I N 7

Die Patientin ist Lieblingskind des Vaters, über dessen Verhaltensweisen sie z. T. widersprüchliche Angaben macht (vgl. im Kapitel über den Vater). Die Beziehung zur Mutter ist distanziert (vgl. im Kapitel über die Mutter); über deren Verhaltensweisen spricht die Patientin abwertend.

Nach Beendigung der Hauptschulzeit macht die Patientin eine Ausbildung zur Kinderpflegerin (was nach ihren Angaben ihr Wunschberuf ist). Zwei Wochen nach Beendigung ihrer Ausbildungszeit hört sie mit dieser Tätigkeit auf, weil ihr die Arbeitssituation nicht gefällt.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Die Patientin lernt ihren Partner als Jugendliche kennen. Sie heiratet ihn 19jährig (1 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn). Zur gleichen Zeit beginnt sie eine Arbeit in einem Großraumbüro, bei der sie besser verdient. Die Arbeit gefällt ihr, das Verhältnis zu den Kolleginnen ist "nett". Auf die Frage, warum sie nicht erneut eine Arbeit als Kinderpflegerin sucht, antwortet sie knapp:

" Ich will lieber keinen Erfolgsberuf, und daheim alles in Ordnung".

Ihr Partner, ein wenig kontaktfreudiger, ruhiger Mensch ist einfacher Beamter. Für die Patientin sorgt er wie ein Vater, ist gleichzeitig kontrollierend und bevormundend. Er wünscht sich - nach Angaben der Patientin - häufig körperliche Nähe; ihr ist das zuviel, sie fühlt sich bedrängt und wünscht sich mehr Abstand.

Mit der Heirat zieht die Patientin aus ihrer vertrauten Umgebung und der Nähe ihres Vaters (s. o.) in eine Neubausiedlung an einen anderen Ort. Gemeinsam mit ihrem Ehemann besucht sie ihre Eltern jedes Wochenende. Neben dem Kontakt mit dem Vater, dessen Lieblingskind sie immer war (s. o.) und dessen Liebe sie durch Ehe und Wegzug beeinträchtigt fürchtet, trifft sie bei den häufigen Wochenendbesuchen auch mit ihrer Mutter zusammen. Viele Verhaltensweisen ihrer Mutter stören sie (vgl. im Kapitel über die Mutter), sie geht der Mutter lieber aus dem Weg. Ihr abschließendes Urteil über die Besuche bei den Eltern ist:

" Wir (ihr Mann und sie) sind froh, wenn wir wieder zuhause sind ...".

Auch in der Beurteilung ihres neuen Wohnortes werden Wünsche nach Abgrenzung und Rückzug in die "eigenen vier Wände" deutlich:

" In unserer Wohnung haben wir ein sehr nettes Verhältnis zu unseren Nachbarn - die gegenseitigen Besuche hielten sich sehr im Rahmen ...".

An andere Stelle im Gespräch klagt die Patientin, die stark mit der bayrischen Tradition identifiziert ist, an ihrem Wohnort würden "lauter Preissn" wohnen; sie fühle sich nicht wohl dort, und würde am liebsten wieder in ihren Heimatort ziehen.

Bei Krankheitsbeginn ist die Patientin 21 Jahre alt. An besondere Ereignisse der letzten 2 Jahre kann sie sich nicht erinnern.

P A T I E N T 8

Die Kindheit des Patienten ist schwierig. Er wird als unerwünschtes Kind geboren, lebt in den ersten 1 1/2 Jahren bei einer Pflegemutter und wird erst danach in die Familie integriert. Von früher Jugend an verrichtet er harte körperliche Arbeit. Als Kind von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten (als 14jähriger) kann er in der Bundesrepublik Deutschland beruflich nur schwer Fuß fassen. Anstelle seines erlernten Berufes als Schuhmacher findet er nur schlecht bezahlte körperliche Schwerarbeit u. a. im Steinbruch, im Eternitwerk, in der Glasbläserei, im Tiefbau usw.. Diese häufig gesundheitsschädlichen Arbeiten übt er 24 Jahre lang bis zu seinem Krankheitsausbruch aus.

Mit 25 Jahren heiratet er (20 Jahre vor Krankheitsbeginn). Die Persönlichkeit seiner Frau und seine Beziehung zu ihr bleiben in seiner Schilderung unkonstruiert:

" Mit der Frau geht's gut Wir wollten beide viele Kinder haben".

Seine Frau bringt 7 Kinder zur Welt. Die Ehe ist geprägt von materieller Not und Verzicht: Im Gegensatz zu den Familien seiner Berufskollegen kann es sich seine Familie z. B. nicht leisten, einmal ein paar Tage in Urlaub zu fahren.

Trotz dieser angespannten finanziellen Situation bleibt der Patient weiterhin beseelt von dem Wunsch, materielle Werte zu schaffen, einem Ziel, dem er sein ganzes Leben lang nachjagt, ohne es annähernd zu erreichen (so träumt er von einem Lottogewinn, einem eigenen Haus, etc.).

In diesem Spannungszustand wird der Patient schon Jahre vor Beginn der SLE-symptomatik alkoholkrank.

Lebenssituation vor Krankheitsbeginn:

Bei Krankheitsbeginn arbeitet er seit 15 Jahren im Schichtdienst in der Asbestverarbeitung. An einschneidende lebensgeschichtliche Ereignisse in den beiden Jahren vor Krankheitsbeginn kann er sich nicht erinnern. Der Patient ist bei Krankheitsausbruch 38 Jahre alt.

Hinweis:

Der Patient stirbt 4 Jahre nach Beginn der SLE-symptomatik an Krebs.

P A T I E N T 9

Der stämmige jugendliche Patient ist bereits in seiner Kindheit für sein Alter außergewöhnlich groß, und wirkt sehr kräftig. Bei gelegentlichen "Männerunternehmungen" zusammen mit seinem Vater, wie z. B. beim Holzfällen neigt seine Umgebung dazu, ihn körperlich zu überfordern.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Der Patient verläßt die Hauptschule ohne Abschluß, weil ihm eine Lehrstelle in seinem Traumberuf Metzger angeboten wird:

" Das wollte ich schon immer Das Schlachten gefällt mir".

Er lernt strebsam alles, was mit dem Metzgerhandwerk zusammenhängt, und verrichtet häufig körperlich anstrengende und gesundheitlich belastende Arbeiten, wie z. B. im Kühlhaus (seit einem 3/4 Jahr vor Krankheitsbeginn).

Sein Chef ist ein cholerischer Mensch. Der Patient hat Angst, sich gegen dessen unvermittelte Wutausbrüche zur Wehr zu setzen, da er Angst vor dem Verlust seiner Lehrstelle hat: Der Chef:

" schreit recht viel. Da ist es auch schwer, sich zu wehren. Er schreit alle Tage Der Chef explodiert oft ungerecht - wir hören schon gar nicht mehr hin ...".

Bei dem Patienten besteht eine auffallende Diskrepanz zwischen seinem behäbig - langsamen, scheinbar unerschütterlichen Auftreten und seinem Beruf einerseits sowie seiner zurückhaltenden, sensiblen Art und seiner Unfähigkeit, seine Wut offen auszudrücken, auch in Situationen außerhalb seines Arbeitsplatzes:

" Oft schluck' ich was. Meistens ärgert's mich doch".

Der Patient ist wenig kontaktfreudig; außer einigen oberflächlichen Bekanntschaften über den Jugendstammtisch seines Dorfes hat er keine Freunde. Nachdem sein erster Kontakt zu einem gleichaltrigen Mädchen fehlgeschlagen ist, trifft er sich nur noch mit seinen Stammtisch-Kollegen:

" Mir ist das Bier lieber wie die Weiber ...".

Die ersten Krankheitssymptome treten akut und sehr massiv 9 Monate nach Beginn seiner Lehre auf - monatelange Krankenhausaufenthalte folgen. Der Patient ist zu diesem Zeitpunkt 16 Jahre alt.

P A T I E N T I N 10

Nach einer schwierigen Jugend (als unerwünschtes Kind geboren - vgl. im Kapitel über die Mutter) ist bezahlte Arbeit für die Patientin schon in ihrer Jugendzeit eine Möglichkeit, sich vom Elternhaus zu entfernen und eigenes Geld zu besitzen. Die am Lebensweg der Patientin wenig interessierten Eltern (Mutter und Stiefvater) geben ihr nach Beendigung ihrer Schulzeit keinerlei finanzielle Unterstützung für ihre gewünschte Ausbildung als Kindergärtnerin. Sie versucht daher, sich ihre Lehre durch Akkordarbeit in einer Fabrik zu finanzieren. Sie schafft es nicht, genügend Geld für diese Ausbildung zurückzulegen, und arbeitet 10 Jahre in dieser Fabrik weiter. Über die Akkordarbeit urteilt sie folgendermaßen:

" Ich hatte das Gefühl, ich brauch den Stress. Immer mehr zu schaffen als die anderen war für mich eine Art Selbstbestätigung - so war das schon immer".

Im Alter von 20 Jahren lernt sie ihren ersten Freund kennen, zieht im gleichen Jahr mit ihm zusammen und löst sich dadurch aus ihrem Elternhaus räumlich ab (6 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Die erste Begegnung mit ihrem ersten Freund und späteren Ehemann kennzeichnet die Art der Beziehung zu einander: Sie trifft ihn mit einer Freundesclique; zufällig ist noch ein Platz neben ihm frei. Sie setzt sich neben ihn, "und seitdem sind wir zusammen".

In ihrer Lebensart sind beide Partner sehr verschieden: So erzählt die Patientin von ihren Wünschen und Träumen, und charakterisiert ihren Mann im Anschluß daran so:

" Mein Mann hat nie Wünsche, träumt nie. Er strebt Ziele an ...". Er ist " stur, geht stur seinen Weg".

Mit 21 Jahren heiratet die Patientin diesen Mann (5 Jahre vor Krankheitsbeginn). Die Beziehung bleibt schwierig, emotionale Nähe und Verständnis fehlen. In den folgenden 2 Jahren wird die Patientin von häufigen schweren Migräneanfällen, die sie schon als Kind hatte, heimgesucht

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Nach ca. 10jähriger Akkordarbeit in der Fabrik arbeitet die Patientin trotz eines Gefühls körperlicher Erschöpfung noch bis zu ihrem Urlaub weiter. Sie versucht die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu übergehen:

" Ich dachte, die 6 Wochen bis zum Urlaub, die schaff' ich noch".

Danach fährt sie mit ihrem Ehemann und Bekannten in Urlaub. In der prallen Sonne liegend sucht sie beim Nichtstun - das ihr so schwer fällt (s. o.) - Entspannung. Gleichzeitig merkt sie, wie wenig gemeinsame Interessen sie mit ihrem Ehemann verbinden.
Die ersten Krankheitssymptome treten während des Urlaubs auf.
(Zwei Monate später wird sie schwanger).

P A T I E N T I N 11

Die Patientin hatte als älteste Tochter bereits in ihrer Kindheit und Jugend wegen häufiger Krankheiten der Mutter viele Hausarbeiten zu verrichten und für die kleinen Geschwister zu sorgen, für diese eine Art Mutterersatz ist (vgl. auch im Kapitel über die Mutter).
Nach Beendigung ihrer Schulzeit läßt sie sich zur Kinderpflegerin ausbilden, und setzt sich damit gegen den Berufswunsch ihrer Eltern (Schneiderin) durch. In ihrem Beruf tätig zu sein bedeutet für die Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit, aber auch eine Ablenkung von depressiven Stimmungen.
Sie charakterisiert sich selbst so:

" Ich bin ein Mensch, der schaut, daß es vorwärts geht. Aktiv ..., dann hab' ich keine Zeit zum Grübeln".

Im Alter von 20 bis 27 Jahren (8 Jahre bis ca. 1 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn) arbeitet die Patientin in verschiedenen Kinder- und Jugendheimen.

Mit 20 Jahren macht sie eine stark belastende Erfahrung mit ihrem damaligen Freund, von dem sie ein Kind erwartet: Nach der Geburt des (unehelich geborenen) Kindes kommt er an ihr Wochenbett im Krankenhaus - begleitet von seiner zweiten Freundin, die damals bereits hochschwanger ist und kündigt ihr die Freundschaft auf. Die Patientin bleibt tief getroffen zurück. (8 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Ih kleiner Sohn wird während der ersten beiden Lebensjahre von den Eltern der Patientin aufgezogen. In den folgenden Jahren sucht sie sich jeweils einen Arbeitsplatz, an den sie ihren Sohn mitnehmen kann.

Mit 23 Jahren lernt sie ihren späteren Ehemann kennen (5 Jahre vor Krankheitsbeginn). Zwei Jahre später zieht sie mit ihm zusammen (3 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ihr Partner geht liebevoll mit ihr und ihrem Sohn um, akzeptiert ihn wie ein eigenes Kind. Aber er verhält sich gleichzeitig dominant und bestimmend in Bereichen, die der Patientin wichtig sind:

Eineinhalb Jahre vor Krankheitsbeginn wird die Patientin arbeitslos und sucht fieberhaft nach einem neuen Arbeitsplatz (Bedeutung der Arbeit für ihr Leben; s. o.) Ein dreiviertel Jahr vor Krankheitsbeginn - der Sohn geht schon in die Schule - entschließen sich beide zur Heirat. Der Ehemann gibt seinen

Beruf als Fernfahrer auf, zugunsten eines "geregelten" Achtstundentages, um täglich bei seiner Familie sein zu können. Er verlangt von der Patientin aber gleichzeitig, daß sie ihre Arbeitssuche endgültig aufgibt und weiterhin nur Hausfrau und Mutter ist.

Die ersten Beschwerden beginnen ein dreiviertel Jahr nach der Eheschließung - die Patientin ist jetzt 28 Jahre alt.

P A T I E N T I N 12

Die Patientin, jüngste unter sechs wesentlich älteren Geschwistern, bleibt als letztgeborene lange Zeit unter dem starken Einfluß der dominanten Mutter (vgl. im Kapitel über die Mutter):

" Meine Mutter hat mich bis zu meinem 36. Lebensjahr völlig beherrscht".

Die liebevoll-mütterliche Unterstützung ihrer Chefin am Arbeitsplatz hilft ihr bei den ersten vorsichtigen Schritten, sich von ihrer Mutter abzugrenzen (die Patientin ist jetzt 21 Jahre alt - 12 Jahre vor Krankheitsbeginn). Die Mutter geht jedoch weiterhin mit subtilem Druck gegen ihre Tochter vor, falls diese versucht, eigenständige Entscheidungen gegen den Willen der Mutter durchzusetzen:

" Sie konnte mich links liegen lassen, ich kriegte es einfach zu fühlen".

Im Alter von 22 Jahren lernt die Patientin ihren ersten Partner kennen, den sie 26jährig heiratet. In ihrer Schilderung bleibt seine Persönlichkeit und ihre Beziehung zu ihm unkonturiert und blaß. Im Gespräch mit der Patientin taucht ihr Ehemann im wesentlichen in seiner Funktion im Abgrenzungskonflikt mit der Mutter und der 6 Jahre älteren, ebenfalls stark dominanten Schwester auf (die sie seit ihrer Kindheit als unselbständiges "Püppchen" behandelt). Beide Mutterfiguren der Patientin sind gegen ihre Freundschaft eingestellt. Sie heiratet ihren Freund trotzdem, und sie zieht sich dadurch eine ausgeprägte Ablehnung ihrer gesamten Familie zu - mit Ausnahme ihres um 10 Jahre älteren Lieblingsbruders, der als "schwarzes Schaf der Familie" bereits mit der Restfamilie in Clinch liegt.

Als die Patientin 23 Jahre alt ist, zieht ihr Lieblingsbruder wegen eines Zerwürfnisses mit der Restfamilie (mit Ausnahme der Patientin) in eine mehrere 100 Kilometer entfernte Großstadt. Die Patientin ist nun den Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter allein ausgesetzt (10 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Im Alter von 27 bis 33 Jahren, in 6 Jahren also, bringt die Patientin der Reihe nach 5 Kinder zur Welt. Auch diese Kinder tauchen während des Gesprächs mit ihr nicht als konturierte Personen auf (wie auch ihr Ehemann - s. o.), sondern lediglich in ihrer Funktion im Abgrenzungskonflikt mit der Mutter. (vgl. im Kapitel über die Mutter). Erst Jahre nach Krankheitsbeginn gelingt es ihr endlich, die Versuche ihrer Mutter, auf die Kindererziehung Einfluß zu nehmen, einzuschränken.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Die ersten Beschwerden der Patientin treten nach der Geburt ihres letzten Kindes auf. Die Patientin ist jetzt 33 Jahre alt. An besonders belastende Ereignisse in den letzten 2 Jahren vor Krankheitsbeginn kann sie sich nicht erinnern.

Hinweis:

Eine entscheidende Phase im Abgrenzungskonflikt mit ihrer Mutter beginnt erst 3 Jahre nach Krankheitsausbruch - (vgl. "große Aussprache" im Kapitel über die Mutter). Die räumliche Distanz zur Mutter durch einen Umzug mit ihrer Familie in die Nähe ihres Lieblingsbruders schafft die Patientin 5 Jahre nach Krankheitsbeginn; einen Monat später finden in der Wohnung der Patientin dramatische Szenen mit der nachgereisten Mutter statt, die einen Tag später stirbt.

P A T I E N T 13

Der Patient, der in seiner Kindheit ein sehr distanziertes Verhältnis zu beiden Eltern, v. a. aber zu seinem strengen Vater hatte (vgl. im Kapitel über den Vater bzw. die Mutter), beginnt nach seiner Schulzeit eine Lehre im gleichen Beruf wie sein Vater: als Kfz.-Mechaniker.

Die erhoffte Weiterbildung zum Ingenieur bleibt ihm wegen des großen Andranges von Abiturienten verschlossen.

Mit 20 Jahren findet er Arbeit in einer Stadt, die einige hundert Kilometer vom Wohnort seiner Eltern entfernt ist. Mit 22 Jahren muß er sich wegen einer Wirbelsäulenerkrankung umschulen lassen, er schlägt eine kaufmännische Ausbildung ein, und zieht erneut in eine andere Stadt (6 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Der Patient ist ein wenig kontaktfreudiger Mensch; er findet schwer Anschluß, seine Beziehungen zu Frauen bleiben oberflächlich.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. eineinhalb Jahre vor Krankheitsausbruch (der Patient lebt zu dieser Zeit schon seit 4 Jahren in der gleichen Stadt, ohne Freunde zu haben) kommt er durch Vermittlung seines Vaters (s. o.!) über einen befreundeten Pastor in

einen Kirchenkreis junger Leute. Dort lernt er seine spätere Ehefrau kennen. Dieser Kontakt ist die erste nähere Beziehung zu einer Frau; ein halbes Jahr nach ihrer ersten Begegnung ziehen beide zusammen. Der Bekanntschaft mit dieser Frau erläutert der Patient so:

" Wir haben uns gesucht und gefunden Sie hat jemanden gesucht und hatte keinen Kontakt - ich auch".

Seine Partnerin ist eine Frau, die er als hektisch, nervös und mit Neigung zu Magengeschwüren charakterisiert. Beide Partner schätzen geistige Auseinandersetzungen; die körperliche Beziehung zueinander halten beide für eher unwichtig.

Ca. 1 Jahr vor Krankheitsbeginn (etwa gleichzeitig mit dem Umzug in die gemeinsame Wohnung) kündigt der Patient sein bisheriges Arbeitsverhältnis. Er (oder seine Freundin?) ist nicht länger bereit, den mit dem beruflichen Aufstieg verbundenen häufigen Ortswechsel in Kauf zu nehmen, den sein Arbeitgeber von ihm fordert. Er bildet sich zum Versicherungskaufmann weiter, und tauscht das Angestelltenverhältnis gegen eine freiberufliche Tätigkeit ein. Seine Gefühle zu dieser neuen Arbeitssituation sind zwiespältig, er äußert sich so:

" Ich habe keinen geregelten Arbeitstag mehr, muß also meine Zeit selbst einteilen Jetzt steht da immer Druck dahinter".

Die ersten Krankheitssymptome treten während eines Frühjahrsurlaubs mit seiner Lebensgefährtin auf. Der Patient ist jetzt 28 Jahre alt.

P A T I E N T I N 14

Die Patientin, die als "lediges Kind" geboren wurde, hatte während ihrer gesamten Kindheit und Jugend keine kontinuierliche Vaterfigur, Männer sind lange Zeit in ihrem Leben Randfiguren (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Nach Beendigung der Schulzeit überbrückt die Patientin eine 3jährige Wartezeit mit einer Tätigkeit als Haushaltshilfe. Danach kann sie (17jährig) mit der Ausbildung in ihrem Wunschberuf Krankenschwester beginnen. Die Arbeit im Krankenhaus und die Kontakte zu ihren Kolleginnen werden für sie zu einem zentralen Punkt und ein Halt in ihrem Leben.

Seit Beginn ihrer Berufstätigkeit hat sie mehrere kurze sexuelle Beziehungen zu Männern, die eine emotionale Nähe nicht zulassen wollen. Mit 20 Jahren (10 Jahre vor Krankheitsbeginn) lernt sie bei der Arbeit ihren späteren Ehemann, einen Krankenpfleger kennen. Dieser Mann ist stark alkoholabhängig. Sie heiratet 1 Jahr später (9 Jahre vor Krankheitsbeginn). Hauptmotiv für diese kurzentschlossene Heirat ist die Schwangerschaft der Patientin:

" Wir haben geheiratet, weil ich schwanger war Ich wollte unter keinen Umständen ein lediges Kind - weil ich selbst eines bin".

Die Beziehung beider Partner ist von Anfang an schwierig. Beide haben wenig

gemeinsame Interessen, die Suchtproblematik wird zum zentralen Thema der Beziehung. Mehrere Anläufe einer Entziehungkur scheitern. Der Ehemann der Patientin ist ein kontaktarmer, zurückgezogener Mensch, der diese Hemmschwelle nur durch Alkohol überwindet. Er ist sehr eifersüchtig auf alle Beziehungen, die seine Frau zu anderen Menschen außer ihm hat. Nach Alkoholgenuß wird er häufig unberechenbar und gewalttätig. Über die Beziehung zu ihrem alkoholkranken Mann äußert sich die Patientin so:

" Ich verstehe mich gut mit meinem Mann - wenn er nicht trinken würde ...".
 " Wenn's mit der Scheidung so von heute auf morgen ginge, würde ich es tun".

Im Alter von 22 Jahren (8 Jahre vor Krankheitsbeginn), sofort nach Ende ihrer Mutterschutzzeit, bringt die Patientin ihre kleine Tochter in eine Pflegefamilie, um ihre Arbeit im Krankenhaus wieder aufnehmen zu können (Bedeutung der Arbeit für die Patientin - s. o.). Die Beziehung zur Tochter ist von ambivalenten Tendenzen geprägt: Sie fühlt sich bei den gelegentlichen Besuchen der Tochter von dieser gegenüber der Pflegemutter zurückgesetzt. Sie hat gleichzeitig Schuldgefühle, eine schlechte Mutter zu sein, weil sie ihre Tochter in eine Pflegefamilie gegeben hatte.

Mit 26 Jahren (4 Jahre vor Krankheitsbeginn) begeht die Patientin nach einer Auseinandersetzung mit ihrem Mann einen Suizidversuch:

" Mein Mann hatte mich geschlagen, und ich hatte ein blaues Auge und sollte am nächsten Tag in die Arbeit gehen. Ich hab' gedacht: So kann ich nicht unter die Leute gehen. Und da hab' ich Schlaftabletten genommen".

Nach dem Krankenhausaufenthalt wird die Patientin vorübergehend von ihrer Mutter aufgenommen (zu der ihr Kontakt schon immer distanziert gewesen war - vgl. im Kapitel über die Mutter). Nach kurzer Zeit kehrt sie wieder zu ihrem Mann zurück, und begründet diesen Schritt so:

" Wo sollte ich denn hin? ...".
 " Ich kann mich nicht trennen. Mein Mann braucht mich als Stütze".

Die Patientin hat außerdem Angst, alleine zu leben.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. 2 Jahre vor Krankheitsbeginn holt die Patientin ihre mittlerweile schulpflichtige Tochter zu sich in die Familie. Sie sieht nun noch weniger Möglichkeiten, sich von ihrem Mann zu trennen, und möchte auf jeden Fall mit einer Scheidung abwarten, bis die Tochter ihre Schulzeit beendet hat.

Die Patientin arbeitet zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs seit ihrer Ausbildung (mit Unterbrechung durch die Mutterschutzzeit) kontinuierlich im Krankenhaus. Die ersten Beschwerden treten auf, als die Patientin 30 Jahre alt ist.

An besondere Ereignisse in den letzten 2 Jahren vor Krankheitsbeginn kann sie sich nicht erinnern.

Hinweis:

Auf die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen ihrer Lebenssituation und ihrer Erkrankung antwortet die Patientin:

"Also wenn das (ihre Krankheit) nicht psychosomatisch ist, dann weiß ich nimmer ... In einem Artikel vom Dr. Issels hab' ich gelesen, jahrelanger Stress zerstört das Immunsystem. Das glaub' ich auch".

Die Patientin weist die "Schuld" an ihrer Erkrankung ihrer Ehe zu, indirekt ihrem Ehemann.

P A T I E N T I N 15

Nach dem Tod ihres Vaters verläßt die Patientin im Alter von 17 Jahren ihr Elternhaus, um als Haushaltshilfe in Dörfern der Umgebung zu arbeiten. Diese Arbeit bedeutet für sie finanzielle Unabhängigkeit und ein Leben außerhalb der mütterlichen Kontrolle (12 Jahre vor Krankheitsausbruch). Das Verhältnis zur Mutter war schon seit ihrer Kindheit von Distanz und Bevormundung geprägt (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Bis zu ihrem 24. Lebensjahr arbeitet die Patientin an verschiedenen Orten in "Stellung" als Haushaltshilfe (bis 5 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Während dieser Zeit hat sie kurz hintereinander zwei Verlusterlebnisse, die sie sehr belasten:

- Als sie 21 Jahre alt ist (8 Jahre vor Krankheitsbeginn), hat ihr Verlobter, ihre "große Liebe" (Zitat), einen schweren Verkehrsunfall. Da am Unfalltag keine offizielle Besuchszeit ist, beugt sie sich dieser Norm, und besucht ihn erst am nächsten Tag; da hat er schon das Bewußtsein verloren, und er stirbt kurz darauf an den Unfallfolgen. Die Patientin beurteilt ihr damaliges Verhalten später so:

"Ich mach' mir heute noch Vorwürfe, daß ich nicht gegangen bin ... Das hängt mir heute noch nach".

- Ein Jahr später - die Patientin ist jetzt 22 Jahre alt - wandert ihre um 4 Jahre ältere Schwester, ihre engste Vertraute innerhalb der Familie, in ein fernes Land aus.

Die Patientin fühlt sich nun von allen verlassen. Sie zieht aus der ländlichen Umgebung in die nahegelegene Großstadt: "um Abstand zu kriegen". Sie findet dort eine Arbeit, und lebt sehr zurückgezogen und isoliert.

Mit 23 Jahren (6 Jahre vor Krankheitsbeginn) lernt sie dort zufällig in einem Wirtshaus ihren späteren Ehemann kennen, den sie ein Jahr später in einer Art "Torschlußpanik" vor dem unverheirateten Altwerden und auf sein Drängen hin heiratet (5 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Die Patientin charakterisiert ihn folgendermaßen: Er sei nicht ihre "heiße Liebe", aber "ein strebsamer Mann":

"Er ist net unrecht, raucht net, trinkt net ...".

Am Hochzeitsabend wird der Patientin bewußt, daß sie einen Mann geheiratet hat, den sie nicht liebt:

"Da hab' ich mich eingesperrt und gedacht: Was hab' ich bloß gemacht?... Ich hab' mich einfaseln lassen ...".

Sie zieht zu ihren Schwiegereltern in eine abgelegene Einöde am Waldrand. Ihr Mann arbeitet in dieser ersten Zeit der Ehe häufig auswärts, kommt oft nur am Wochenende heim. Die meiste Zeit ist sie mit ihren Schwiegereltern alleine. Die Beziehung zu ihrer Schwiegermutter ist belastet von Eifersucht und Ablehnung. Der Schwiegervater hilft ihr durch seine freundliche Art bei der Eingewöhnung in die neue Umgebung. Nachträglich urteilt sie so über ihn:

" Er war besser als der eigene Mann ...".

Ihr Ehemann ist vordergründig freundlich, zugleich äußerst kompromißlos in Dingen, die ihm wichtig sind; er setzt sich in den meisten Bereichen gegen die Wünsche der Patientin durch.

Insgesamt fühlt sich die Patientin in dieser Lebenssituation äußerst unwohl:

" Ich wär' am liebsten abgehauen".

Im ersten Jahr ihrer Ehe wird die Patientin schwanger. Ihr Sohn kommt zur Welt, als sie 25 Jahre alt ist (4 Jahre vor Krankheitsbeginn). Es ist eine "schwere Geburt", und die Patientin will "auf keinen Fall" ein weiteres Kind haben (Hinweis: Auch hier setzt sich später ihr Mann gegen sie durch; 7 Jahre nach Krankheitsbeginn bekommt sie ein zweites Kind).

Anstelle von körperlicher Schonung nach dieser Schwangerschaft, beginnt die Patientin mit ihrem Partner und den Schwiegereltern, ein Eigenheim zu bauen. Sie verrichtet in dieser Zeit schwere körperliche Arbeiten (3 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Gleichzeitig fängt sie - um "dazuzuverdienen" und auch, um eigenes Geld zu haben - mit Heimarbeiten an.

Bei den vielen Arbeiten ist ihr Kind häufig ein "organisatorisches Problem". Sie schwankt zwischen Gefühlen der Ablehnung und Schuldgefühlen, dem Kind eine schlechte Mutter zu sein:

" Ich wußte nicht, wohin das Kind stecken".

Auch gegenüber dem Hausbau entwickeln sich bei der Patientin ambivalente Tendenzen: Einerseits bedeutet das eigene Haus für sie Wohlstand und Geborgenheit. Andererseits wird die schwierige Beziehung zu ihrem Mann und seiner Familie dadurch weiter gefestigt.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ein Jahr vor Krankheitsausbruch hilft sie bei weiteren Arbeiten am Eigenheim mit: Ein zusätzliches Stockwerk wird gebaut. Bei Beginn der ersten Krankheitssymptome ist die Patientin 29 Jahre alt.

Sie sieht keinen Zusammenhang zwischen ihrer Lebenssituation und ihrer Erkrankung. Im Gespräch sagt sie, sie verstehe das alles nicht:

" ... Jetzt, wo wir alles geschafft haben, bin ich krank".

P A T I E N T I N 16

Die Patientin, jüngste von 4 Kindern und einziges Mädchen, hat eine enge aber ambivalente Beziehung zu ihrem Vater, die von zärtlicher Nähe und gleichzeitiger Bevormundung geprägt ist. Die Beziehung zu ihrer Mutter ist distanziert (vgl. im Kapitel über den Vater bzw. die Mutter).

Im Gegensatz zu ihren älteren Brüdern wird der Patientin von ihren Eltern keine Berufsausbildung ermöglicht ("Du heiratest ja doch"), was sie sehr bedauert.

Die Patientin verrichtet schon während ihrer Schulzeit ungelernte Arbeiten. Sie arbeitet in einer Fabrik und übt oft sogar zwei Tätigkeiten nebeneinander aus. Neben dem finanziellen Aspekt ist Arbeit für die Patientin auch eine Möglichkeit, vom Elternhaus wegzukommen:

" Nach der Schule mußte ich gleich heim zur Arbeit in der Gärtnerei und dann in die Fabrik ...".

" Vor der Krankheit war mir keine Arbeit zu viel ...".

Die Patientin ist wenig kontaktfreudig, lebt eher zurückgezogen, wenn sie nicht arbeitet:

" Dicke Freundschaft hab' ich nie gehabt Ich bin eher ein Einsiedler, ein Eigenbrötler ...".

Wenn sie am Wochenende einmal ausgeht, wird sie auf Drängen ihrer Eltern stets von einem ihrer älteren Brüder begleitet. In Begleitung eines Bruders lernt sie mit 17 beim Tanzen ihren späteren Ehemann, einen Fabrikarbeiter, kennen. Nach den Worten der Patientin ist es "Liebe- auf den zweiten Blick". Ihr Partner ist sehr fürsorglich und übernimmt damit - nahtlos - die Rolle ihrer älteren Brüder und ihres Vaters. Er ist ein eher kontaktfreudiger, geselliger Mensch, stellt sich in seinem Lebensrhythmus sehr auf seine Frau ein, geht wenig abend weg, etc.. Zugleich verhält er sich aber bevormundend.

Im Alter von 20 Jahren heiratet die Patientin, und zieht mit ihm in die Wohnung der Schwiegereltern (10 Jahre vor Krankheitsbeginn). Ein Jahr später wird das erste Kind geboren. Über den Kontakt zu ihren Schwiegereltern äußert die Patientin sich nicht.

Als die Patientin 22 Jahre alt ist, stirbt ihr Vater. Sie besucht ihn am Tag seines Todes, meinetwegen ihrer kleinen Tochter nicht länger dableiben zu können. Einige Stunden später stirbt er an einer Gehirnembolie. Die Patientin entwickelt danach dauerhafte Schuldgefühle (8 Jahre vor Krankheitsbeginn):

" Er war immer meine Stütze, ich bin nie zur Mutter gegangen ...". (vgl. im Kapitel über den Vater)

" Ich konnte nicht länger bleiben, die Tochter war gerade ein Jahr alt".

Als die Patientin 25 Jahre alt ist, wird ihre zweite Tochter geboren.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Zur Zeit der ersten Krankheitssymptome arbeitet die Patientin halbtags als Verkäuferin und hat 2 Töchter im Alter von 5 und 9 Jahren. Sie ist jetzt 30 Jahre alt. Sie wohnt weiterhin mit Familie und Schwiegermutter zusammen, der Schwiegervater war vor 3 Jahren gestorben. An besondere Ereignisse in den letzten 2 Jahren vor Krankheitsbeginn kann sie sich nicht erinnern.

P A T I E N T I N 17

Die Kindheit der Patientin ist geprägt von Distanz zu beiden Elternteilen, die beide ganztags berufstätig und wenig zuhause sind. Die Mutter verhält sich gegenüber der Patientin emotional kühl. Der Vater ist ein jähzorniger Mensch, der der Patientin Angst einflößt (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater). Ihre älteren Geschwister gehen schon zur Schule - als jüngstes Kind ist sie viel sich selbst überlassen.

Nach Abschluß der Grundschule wird der Patientin von ihren Eltern keine Lehre ermöglicht. Sie ist zunächst als Hausangestellte tätig. Später macht sie verschiedene Aushilfsarbeiten. Schon seit ihrer Schulzeit bezieht sie einen großen Teil ihres Selbstwertgefühls über körperliche Leistungsfähigkeit und lenkt sich zugleich von depressiven Stimmungen - und der Leere zuhause - ab:

"Ich hab' nicht so lang gespielt. Mit 10, 11 Jahren hab' ich schon im Nebendorf gearbeitet".

"Wenn ich was geschafft hab' das richtet mich auf. Abhängig sein, den anderen zur Last fallen, das wär' schlimm".

Die Bedeutung des "Tätig-Seins" für das Leben der Patientin wird auch deutlich, wenn sie - nach Krankheitsbeginn - rückblickens ihr Lebensgefühl in Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit betrachtet:

"Früher war ich stark, da war ich einfach jemand, durch meine Art, meine Arbeitskraft, meine Leistungsfähigkeit".

Mit 19 Jahren (4 Jahre vor Krankheitsbeginn) lernt sie ihren Partner kennen. Sie wird schwanger und heiratet ihn mit 20 Jahren (3 Jahre vor Krankheitsbeginn). Die Patientin beschreibt ihren Ehemann als einen gutaussehenden Mann, der sich häufig hektisch und bestimmend verhält, und seine Umgebung mit verschiedensten Aufgaben in Atem hält. Er zeigt oft eine aufgesetzt fröhliche Stimmung, und kann mit der manchmal nachdenklichen Art seiner Frau schlecht umgehen.

"Mit dem kann ich mich nicht ernsthaft unterhalten. Der ist ein solcher Optimist Er will immer was. Er bringt Unruhe und Spannung rein".

Die Beziehung beider Partner bleibt geprägt von Distanz und wenig gegenseitigem Verständnis. Wegen seiner Arbeit im Schichtdienst ist er nur wenig zuhause. Den Rückzugstendenzen der Patientin kommt das sehr entgegen. Trennungsgedanken äußert sie nur indirekt:

"Ich bin eher ein Einzelgänger, bin lieber für mich. Und das wird immer mehr. Das ist schwierig, wenn man Familie hat ...".

Nach dem Ende ihrer Mutterschutzzeit ist die Patientin gleich wieder berufstätig. Sie arbeitet einige Monate als Verkäuferin, danach ist sie eine Zeitlang Hausfrau.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Im Jahr ihres Erkrankungsbeginns, als ihr Kind 3 Jahre alt ist, findet die Patientin eine Arbeit, zu der sie ihr Kind mitnehmen kann: Sie arbeitet als Aushilfe in einem Laden, muß dabei allerdings oft Arbeiten im Kühlhaus verrichten.

Im gleichen Jahr macht sie eine sehr belastende Erfahrung: Im 6. Monat ihrer Schwangerschaft kommt es zu einer Frühgeburt. Nach Darstellung der Patientin stirbt das Kind gleich nach der Geburt mangels medizinischer Versorgung - es sei kein Brutkasten vorhanden gewesen. Sie wirft sich außerdem selbst vor, in dieser Situation versagt zu haben:

" Ich hab' das Kind nicht mehr halten können. Das war ein wahnsinniger Schock. Die Ärzte haben gesagt, es sei schon tot - aber es hat gelebt und geschrien".

Die ersten Beschwerden der Patientin treten 2 Monate nach dieser Frühgeburt auf. Die Patientin ist 23 Jahre alt.

P A T I E N T I N 18

Die Patientin hat zu beiden Elternteilen ein distanziertes Verhältnis. (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Nach Beendigung ihrer Schulzeit macht sie eine Lehre als Verkäuferin. Mit 17 Jahren lernt sie einen Mann kennen und wird von ihm schwanger. Mit 18 Jahren (11 Jahre vor Krankheitsbeginn) heiratet sie ihn - wegen der Schwangerschaft, und um sich der Kontrolle durch ihr Elternhaus zu entziehen (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Ihr Ehemann ist ebenfalls noch sehr jung, und noch stark vom Einfluß seiner Eltern abhängig. Die junge Ehe kommt bald in eine Krise: Mit 22 Jahren lernt die Patientin ihren wesentlich älteren, ausländischen Freund kennen und hat eine Beziehung zu ihm. Sie wird nach dem damaligen Ehescheidungsrecht "schuldig" geschieden. Die kleine Tochter wird ihrem Mann zugesprochen (ca. 6 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Die Patientin zieht mit ihrem Freund zusammen. Ab ihrem 25. Lebensjahr (4 Jahre vor Krankheitsbeginn) lebt auch der Sohn ihres Freundes bei ihr, den sie wie ein eigenes Kind aufzieht.

Die Patientin charakterisiert ihren Freund als einen wortkargen, eitlen Menschen, der sich in Gesellschaft mit anderen sehr extravertiert verhält, und zu häufigen Stimmungsschwankungen und Wutausbrüchen neigt. Er ist außerdem wenig bereit, von seiner traditionellen Männerrolle abzuweichen:

" Wenn mein Freund sich ärgert, bin ich ruhig, sonst fliegt was. Er ist jähzornig, aber es ist auch schnell wieder vorbei
Er ist sehr eitel ...".

Im Alter von 20 bis 29 Jahren (9 Jahre bis ca. 1/2 Jahr vor Krankheitsausbruch) arbeitet die Patientin in einer Nachrichtenagentur. Diese Arbeit empfindet sie als verantwortungsvoll und abwechslungsreich. Sie fühlt sich sehr wohl an ihrem Arbeitsplatz, und empfindet seine lebenidige Atmosphäre als Ausgleich zu ihrer eigenen stillen Art, die sie folgendermaßen charakterisiert:

" Ich finde schwer Anschluß Ich bin nicht sehr gesprächig ...".

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Im Jahr des Krankheitsbeginns verliert sie durch einen Ortswechsel dieser Agentur ihren Arbeitsplatz. Sie findet schließlich eine neue Anstellung in einer Bank. Dort ist ihre Entscheidungsbefugnis gering, die menschlichen Kontakte empfindet sie als förmlich:

" In der Redaktion war Betrieb und Hektik, da war man nicht immer so höflich, da hat auch mal einer geflucht. In der Bank war ich unglücklich vom ersten Tag an In der Nachrichtenagentur war ich Buchhalterin, in der Bank bin ich 'ne Nummer ...".

Die ersten Beschwerden treten im Jahr des Arbeitsplatzwechsels auf. Die Patientin ist 29 Jahre alt.

P A T I E N T I N 19

Die Patientin wird als "lediges Kind" geboren, und von ihrer Mutter "sehr selbständig" erzogen. Als die Patientin 12 Jahre alt ist, heiratet die Mutter den Stiefvater, zu dem die Patientin ein distanziertes Verhältnis entwickelt. Ab der Heirat der Mutter fühlt sich die Patientin von beiden Eltern teilen stark bevormundet (vgl. im Kaptitel über die Mutter bzw. den Vater) und nicht für voll genommen.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Im Alter von 21 Jahren macht die Patientin über den zweiten Bildungsweg das Abitur nach. Ab diesem Zeitpunkt hat sie ein eigenes Auto, um zu ihrer Ausbildungsstätte zu fahren. Diese neue Bewegungsfreiheit benutzt sie - v. a. bei Konflikten mit der Mutter - als Druckmittel: Bei Streitigkeiten mit ihr droht sie wegzufahren.

Auf den Tag genau ein Jahr vor Krankheitsausbruch lernt sie ihren ersten "festen Freund" kennen. Er ist Student der technischen Hochschule. Er ist Einzelkind, lebt noch bei seinen Eltern und hat sich innerlich wenig von ihnen gelöst. Die Beziehung zu ihm wird bald schwierig: Nach der ersten Verliebtheit zeigen beide Partner wenig gemeinsame Interessen. Für die Patientin ist wenig emotionale Nähe spürbar. Die Beziehung zueinander entwickelt sich nach ihren Angaben zu einer reinen "Zweckgemeinschaft". Beide leben zudem in verschiedenen Städten und können sich nur am Wochenende sehen, was die Patientin als wohltuend schildert Sie charakterisiert sich so:

" Ich bin ein starker Einzelgänger ...".

Nach dem Abitur beginnt die Patientin, 4 Monate vor Krankheitsbeginn, auf Wunsch ihrer Eltern (beide sind im Lehrberuf tätig - oder waren), eine Ausbildung als Lehrerin für Hauswirtschaft. Sie gibt damit ihren eigenen Berufswunsch auf (sie wollte immer einen Beruf mit viel Bewegung erlernen,

z. B. Krankengymnastin oder weiblicher Trabrennjockey).

Kurz nach Beginn ihrer Ausbildung bahnt sich ein Konflikt mit einer Ausbilderin an, von der sie sich durch eine Unterrichtskritik ungerecht behandelt fühlt. In dieser Situation empfindet sie starke Wut- und Ohnmachtsgefühle. Dieser Konflikt schwelt mehrere Monate, bis er - durch Hinzuziehen einer übergeordneten Autoritätsperson - bereinigt werden kann. Die Patientin selbst sieht diese Auseinandersetzung in Zusammenhang mit ihrem persönlichen Einsatz für einige Mitstudenten, den ihre Ausbilderin nach ihrer Meinung nicht billigte.

Weitere Schwierigkeiten erlebt die Patientin in ihrer Wohnsituation am Studienort. Obwohl sie sich als Einzelgängerin bezeichnet, zieht sie dort aus Kostengründen in eine Wohngemeinschaft. Bei Konflikten innerhalb der Gruppe verteidigt sie nicht ihren Standpunkt, sondern zieht sich von den anderen zurück - mit dem Gefühl, ungerecht behandelt zu werden.

"Ich wollte jedem Ärger aus dem Weg gehen. Der Stress hat sich gesteigert. Es war körperlicher Stress".

Schuld und Strafe, Ungerechtigkeit und Lebenskampf sind beherrschende Themen im Gespräch mit der Patientin (vgl. a. o.). Sie gebraucht dabei mehrfach folgende Redewendung:

"... Da muß immer einer ins Gras beißen ...".

Die ersten Krankheitssymptome treten als akuter Schub an dem Abend auf, als sie mit ihrem Freund beim Wein das einjährige "Beziehungsjubiläum" feiert (Beziehung zum Freund - s. o.). Sie hat an diesem Abend plötzlich so starke Schmerzen, daß sie den Notarzt ruft. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 22 Jahre alt.

Nachträglich beurteilt sie die Zeit vor der Erkrankung so:

"Ja, wo es angegangen ist, da hab' ich ungerechterweise sehr viel Härte mitgekriegt".

Hinweis:

Die Krankheitssymptome verschwinden (und treten bis zum Gesprächstermin, 2 Jahre später) nicht mehr erneut auf, als sie ihren Ausbildungsort verläßt:

"An dem Freitag, als ich von X. (dem Ausbildungsort) nach Y. gefahren bin, als der Stress nachgelassen hat, da war es weg".

P A T I E N T I N 20

Die Patientin ist zweites von 4 Kindern, und als Mädchen unerwünscht; die Eltern wünschten sich nach der ältesten Tochter einen Jungen. Die Beziehung - v. a. zur Mutter - ist von starker Bevormundung und wenig Freiraum für

Eigeninitiative geprägt (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Nach ihrer Lehrzeit arbeitet die Patientin als Verkäuferin. Sie arbeitet gerne in diesem Beruf; Kontakte und Gespräche mit Menschen sind ihr wichtig. Sie lebt zu dieser Zeit weiterhin mit Geschwistern und Eltern in einer Großfamilie.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Mit 20 Jahren lernt die Patientin ihren Partner kennen und wird kurz darauf schwanger. Sie bringt das Kind zur Welt und heiratet ihn wenige Wochen nach der Geburt (ca. 1 Jahr vor Krankheitsbeginn).

Mit Kind und Ehemann verläßt sie ihre vertraute Umgebung und ihre Ursprungsfamilie, gibt ihren Beruf, der ihr sehr wichtig ist (s. o.) auf und zieht in ein entlegenes Dorf mit schlechten Verkehrsverbindungen:

" Ich wollte schon eher weg (aus dem Elternhaus), hab's nie richtig geschafft".

Die neue Wohnung liegt im Nebenhaus der Schwiegereltern , zu denen die Patientin ein sehr distanzierendes Verhältnis entwickelt, und die ihr mit Ablehnung begegnen.

Die Beziehung der Partner ist schwierig. Die an Gesprächen und geistigem Austausch interessierte Patientin charakterisiert ihren Ehemann als einen Menschen, der in Gesellschaft mit anderen Leuten zwar lebendig und aufgeschlossen wirkt, sich mit ihr allein aber meist sehr einsilbig verhält ("ruhig, oft zu ruhig"). Er hat sich außerdem noch wenig vom Einfluß seiner Eltern gelöst. Bei Auseinandersetzungen mit der Schwiegermutter erhält die Patientin von ihm nicht die erwartete Unterstützung.

Die Patientin fühlt sich ohne die vertraute Großfamilie und ohne die Kontaktmöglichkeiten durch ihren Beruf in dem abgelegenen Dorf sehr einsam. Sie entwickelt eine sehr enge Beziehung zu ihrer kleinen Tochter. So oft sie es ermöglichen kann, besucht sie mit ihr ihre Eltern und Geschwister.

Nachträglich beurteilt sie ihren Entschluß, zu heiraten so:

" Gleich heiraten, das war wohl nicht richtig - wir kannten uns wenig. Es gab immer nur meinen Mann".

Die Zeit in der Wohnung bei ihren Schwiegereltern sei

" eine schwierige Zeit" und

" eine harte Umstellung"

gewesen. Diese Zeit

" hatte auch 'was Positives: die bessere Loslösung von zuhause".

Einen ersten Krankheitsschub hat sie nach dem Umzug zu ihren Schwiegereltern, wenige Wochen nach der Geburt ihres Kindes. Die Patientin ist jetzt 21 Jahre alt:

" Im November ... war der Umzug, und zu der Zeit hat die Krankheit begonnen Ich hab' der Wohnung die Schuld gegeben, weils so kalt war. Das war im Nebenhaus von den Schwiegereltern ...".

P A T I E N T I N 21

Die Patientin wird als lediges Kind geboren. Als sie 8 Jahre alt ist, heiratet die Mutter den Stiefvater. Die Beziehung zur Mutter ist distanziert, die Großmutter ist die einzige liebevolle Bezugsperson ihrer Kindheit. Als die Patientin 15 Jahre alt ist, wird sie von ihrem Stiefvater sexuell genötigt. Ihre Mutter unterstützt sie in diesem Konflikt nicht (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Nach ihrem Hauptschulabschluß macht die Patientin eine Lehre in ihrem Wunschberuf "Friseur". Ab dem 17. Lebensjahr arbeitet sie in diesem Beruf. Die Gespräche mit Kunden sind - neben sozialen Tätigkeiten - ihre wichtigsten Kontakte zu Menschen.

Mit 17 Jahren lernt die Patientin ihren Partner kennen. Er ist ihre "erste Liebe". Mit 20 Jahren heiratet sie. Die Beziehung zwischen beiden ist sehr eng, der Kontakt zur Außenwelt - v. a. auf Wunsch des Mannes - sehr gering. Die liebevoll-fürsorgliche, zugleich anklammernd-einengende Art des Ehemannes wird mit den Jahren immer stärker, v. a. seit Beginn seiner schweren Herzerkrankung. Der Zeitpunkt des Beginns wird im Gespräch nicht erwähnt). Konflikte werden immer seltener ausgetragen.

" Wir hatten keine Freunde. Mein Mann sagte immer: Wir brauchen keine Freunde, wir haben ja uns Ich mußte selbst in Gesellschaft immer neben ihm sein, ich war ihm Sicherheit Eine Nachbarin sagte einmal: Ihr Mann frißt sie mit Haut und Haaren".

" Ich suche keinen Streit, ich gehe dann lieber. Bei Streit hab' ich mich früher körperlich abreagiert ...".

Als die Patientin 21 Jahre alt ist, ein Jahr nach der Eheschließung, wird die Tochter geboren. Die Beziehung der Patientin zu diesem Kind ist geprägt von ihrer Traumvorstellung einer "heilen Familie" und latenten Rivalitätsgefühlen um ihren Ehemann:

" Es war ein Kind der Liebe Wir sind immer mit dem Kind weg. Das war eine heile Familie ...".

" Meine Tochter war Einzelkind. Mein Mann war ihr Herrgott, er war Wachs in ihren Händen".

Auf Wunsch ihres Mannes ist die Patientin seit der Geburt ihrer Tochter nicht mehr berufstätig (Funktion des Berufes für die Patientin - s. o.). Ihr Mann wünscht sich ein weiteres Kind. Nach seinen Vorstellungen soll die Patientin ihren Beruf dann endgültig aufgeben. Sie ist mit dieser Perspektive nicht einverstanden, widersetzt sich den Wünschen ihres Mannes aber nicht offen.

Als die Patientin 23 Jahre alt ist, stirbt ihr Stiefvater. Als sie 27 Jahre alt ist (15 Jahre vor Krankheitsbeginn) stirbt ihre Mutter an Herzinfarkt (zu der die Beziehung schon seit der Kindheit von Distanz geprägt war - vgl. im Kapitel über die Mutter).

Vier Wochen vor dem Tod der Mutter hat die Patientin Träume, die sie mit deren

späteren Tod in magischer Weise in Zusammenhang bringt:

" Da kommt was auf mich zu, was mich erdrückt. Ein großes Tier setzt sich auf mich, ich kriege keine Luft mehr Solche Atembeschwerden habe ich dann (nach dem Tod der Mutter) nicht mehr gehabt".

Erst nach dem Tod der Mutter erhält die 27jährige Patientin die Möglichkeit, ihren leiblichen Vater kennenzulernen - was die Mutter zu ihren Lebzeiten verhindert hatte.

2 Jahre später (13 Jahre vor Krankheitsausbruch) stirbt die Großmutter der Patientin ~~der Patientin~~ - die einzige Person in ihrer Familie, die in ihrer Kindheit liebevoll mit ihr umgegangen war.

Im Alter von 33 Jahren (9 Jahre vor Krankheitsbeginn) sucht sich die Patientin gegen den Willen ihres Mannes eine Teilzeitarbeit in ihrem erlernten Beruf. Ihre Tochter ist jetzt 12 Jahre alt. Später ist die Patientin wieder ganztags berufstätig.

Mit 38 Jahren läßt sie bei der Entfernung eines Uterusmyoms gleichzeitig eine Tubenligatur durchdrehen - erst nach diesem Eingriff hat sie - nach eigenen Angaben - keine Angst vor Sexualität mehr (4 Jahre vor Krankheitsbeginn).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Im Jahr des Krankheitsausbruchs erlebt die Patientin eine tiefgreifende Krise ihrer Vorstellung von der "heilen Familie": Die inzwischen 21jährige Tochter rebelliert zum ersten Mal offen gegen die Mutter. Sie will die Ausbildung, die sie unter dem Einfluß der Mutter angefangen hatte, abbrechen und verbündet sich mit dem Vater gegen ihre Mutter. Bei der Patientin mischen sich Gefühle von Wut gegen Tochter und Ehemann mit Schuldgefühlen gegenüber ihrem herzkranken Mann. Obwohl sie Konflikten innerhalb der Familie bisher aus dem Weg gegangen war, oder vollendete Tatsachen geschaffen hatte (vgl. Berufstätigkeit), läßt sie sich diesmal auf die Auseinandersetzung ein - und nimmt Beruhigungstabletten. Nachträglich urteilt sie über die Situation, die sie als "Entwicklungsschwierigkeiten" der Tochter bezeichnet, so:

" Ein Jahr war es mit der Tochter sehr schwierig. Das war auch der Rückschlag mit der Krankheit. Ich selbst sehe es als seelisch - es waren furchtbar harte Auseinandersetzungen ...".

Im gleichen Jahr treten die ersten Krankheitssymptome auf. Die Patientin ist 42 Jahre alt.

P A T I E N T I N 22

Die Patientin hat eine sehr distanzierte Beziehung zu ihrem bevormundenden, schwer kranken Vater. Der Kontakt zur Mutter ist von emotionaler Nähe und Bevormundung geprägt (vgl. im Kapitel über die Mutter bzw. den Vater).

Nach Abschluß der Volksschule hat die Patientin den Berufswunsch einer ServiererIn im Gaststättengewerbe. Der Vater gibt der minderjährigen Tochter jedoch nicht das Einverständnis für diese Ausbildung. Die Patientin arbeitet daher als Haushaltshilfe und als Ausnilfskraft in einer Fabrik.

Als die Patientin 18 Jahre alt ist (und zu der Zeit noch minderjährig), lernt sie ihren ersten Partner kennen und wird von ihm schwanger. Ihr Vater verweigert ihr, die notwendige Einwilligung zur Heirat. Die Patientin bringt ihr Kind mit 19 Jahren ledig zur Welt (12 Jahre vor Krankheitsbeginn).

In der Schilderung der Patientin bleibt die Persönlichkeit des Freundes und ihre Beziehung zu ihm konturlos und unklar. Bald nach der Geburt der Tochter trennen sich beide Partner.

Nach Ende ihrer Mutterschutzzeit (da. 11 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn) verläßt die Patientin ihren Heimatort, um in der Nähe einer Großstadt im Nachbarland nun doch - gegen den Willen ihres Vaters - als ServiererIn zu arbeiten. Ihr Kind bleibt in der Heimat zurück, und wird von der Mutter aufgenommen und aufgezogen (s. a. unten):

" Gleich nach der Geburt hab' ich wieder gearbeitet. Ich hab's zuhause nicht ausgehalten ...".

In dieser Situation will sie ihre kleine Tochter zu sich in die Familie holen. Aber die Mutter widersetzt sich mit starkem Druck dem Anliegen der Patientin (ca. 5 1/2 Jahre vor Krankheitsbeginn).

" Aber meine Mutter wollte das Kind nicht hergeben. - Das Kind war ihre einzige Stütze".

Der starke Kinderwunsch, der eng mit dem weiblichen Rollenverständnis der Patientin verbunden ist und der ihr vermeintliches Stigma durch ihr unehehliches Kind auslöschen soll, bleibt unerfüllt: 3 Jahre nach der ersten Fehlgeburt (3 Jahre vor Krankheitsbeginn) hat die Patientin eine Eileiterschwangerschaft mit lebensbedrohlichen Komplikationen, die eine Entfernung ihrer Gebärmutter notwendig machen. Wochenlange Krankenhausaufenthalte folgen. Das Selbstwertgefühl der Patientin ist nach diesem Eingriff tief getroffen; ihr gesundheitlicher Allgemeinzustand bleibt von da an labil.

Nachträglich urteilt die Patientin so über ihren Kinderwunsch:

" Ich wollte ein Kind erzwingen Ich möchte heute noch ein Kind".

Die Ehe der Patientin ist schwierig. Beide Partner haben außer ihrer Arbeit wenig gemeinsame Interessen. Die Kinderlosigkeit der Ehe bei beidseitigem Kinderwunsch belastet die Beziehung. Trotz ihres gesundheitlich angeschlagenen Zustandes arbeitet die Patientin hart, hat wenig Zeit für Erholung. Zugleich bezieht sie einen großen Teil ihres Selbstwertgefühls aus dem Tätig-Sein:

" Sechs Tage hab' ich gearbeitet wie ein Viech - von sieben Uhr in der Früh bis elf Uhr nachts ...".

" Ich fühl' mich nutzlos, wenn ich nichts tu' ...".

Mit der Schwiegermutter, mit der sie in einem Haushalt lebt, hat die Patientin immer wieder Auseinandersetzungen, bei denen sie unterliegt. Die Schwiegermutter ist (im Gegensatz zur Patientin) kerngesund und zugleich die ton-

angehende Seniorchefin. Der Ehepartner der Patientin hat sich von seiner Mutter noch wenig gelöst, und geht Konflikten mit ihr aus dem Weg. Die Patientin findet bei ihm nicht die erwartete Unterstützung gegen die Schwiegermutter:

- " Mein Innerstes sträubte sich - und ich redete mir ein: Die Frau ist gut zu mir Die Schwiegermutter ist herzengut, die wohnt bei mir in der Wohnung Vielleicht wäre es besser gewesen mit dem Mann allein? ...".
 " Mein Mann ist ein Muttersöhnchen Mein Mann sagt: Sei froh, daß du die Schwiegermutter hast ...".

Die Patientin, die von Jugend an gewohnt war, hurt zu arbeiten, kann ihren kränklichen Allgemeinzustand nur schwer ertragen. Neben dem Kontrast zur stets gesunden Schwiegermutter belastet sie auch die Meinung ihrer Umgebung, in der sie als Fremde ohnehin einen schweren Stand hat:

- " Die Schwiegermutter führt das Regiment, war nie krank Ich hatte häufig Ohnmachts-Anfälle (!), hatte einen niedrigen Blutdruck ... war laufend krank ...".
 " Auf dem Dorf sagten sie: Die Alte arbeitet, die Junge liegt im Bett Die Zugereiste hat sich ins warme Nest gesetzt, haben die gesagt ...".

In Konflikten mit der Schwiegermutter hat die Patientin Angst, ihren Ärger zu zeigen, frißt ihn statt dessen in sich hinein:

- " Bellende Hunde beißen nicht Ich bin explosiv, aber ich kann die Wut nicht r'auslassen Mit der Schwiegermutter muß ich weiterhin stad sein - ich hab' ja keine Verwandten hier draußen ...".

Der Wunsch der Patientin nach einer Flucht aus dieser schwierigen Gesamtsituation wird immer stärker:

Nach Konflikten mit der Schwiegermutter setzt sie sich in ihr Auto und fährt ziellos umher, um sich abzureagieren:

- " Ich denke immer: Sei stad, halt den Mund, schluck - und gehe dann, fahre mit dem Auto fort".

An ihren freien Wochen besucht sie ihre Mutter und ihre Tochter im Nachbarland. Der Abschied fällt ihr jedes Mal schwer:

- " Manchmal hat's mir das Herz r'ausgerissen ...".

Sie spricht mit ihrem Mann über ihre Gedanken an eine Trennung und begründet dies mit ihrer Kinderlosigkeit:

- " Ich wollte im Guten weg. Ich sagte: Ich krieg' ja keine Kinder, ich will nach Z." (Zu ihrem Kind und ihrer Mutter).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Ca. 1 Jahr vor Beginn der ersten Krankheitssymptome, nach 5jähriger Ehe, unternimmt die Patientin einen Suizidversuch. Sie ist damals 30 Jahre alt.

- " Damals hab' ich den Moralischen gehabt, hab' geweint nach der Tochter und hab' 20 Tabletten Staurodorm genommen. Ich wollte sterben Es war ein furchtbares Erwachen Der Mann war hinterher bö's' zu mir ...".

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich ein Jahr später. Die Patientin ist jetzt 31 Jahre alt.

Hinweis:

Über den Zusammenhang von seelischem Befinden und Krankheit äußert sich die Patientin so:

" Wenn's mir seelisch gut ging, hab' ich einen Dämpfer mit hohem Fieber oder der Klinik bekommen Durch die Krankheit bin ich seelisch ausgeglichener geworden. Ich verstehe mich mit der ganzen Verwandtschaft gut ...".

P A T I E N T 23

Die Kindheit des Patienten ist geprägt durch die distanzierte Beziehung zu seiner Mutter, die ihn als Kind durch ihre häufigen Stimmungsumschwünge und Wutausbrüche ängstigt (vgl. im Kapitel über die Mutter).

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Nach einer Druckerlehre und dem Wehrdienst arbeitet der Patient ab seinem 20. Lebensjahr in einer Druckerei (2 Jahre vor Krankheitsbeginn). Dort ergeben sich häufige Konflikte mit seinem Arbeitskollegen, der stark alkoholabhängig ist. Der Patient entwickelt ihm gegenüber aggressive Tendenzen und Schuldgefühle: Er ärgert sich sehr über die unzuverlässige Arbeitsweise dieses Kollegen und reagiert häufig mit Wutausbrüchen bei Konflikten mit ihm. Gleichzeitig erinnert ihn sein eigenes Verhalten in diesen Situationen an Verhaltensweisen seiner Mutter, die er stark ablehnt. Er versucht daraufhin, seinen Ärger nach innen zu richten. In seiner Selbstbeurteilung legt er strenge Maßstäbe an:

" Ich bin ein bisserl ein kritischer Mensch - mit mir und auch mit anderen. Vor allem aber mit mir".

" Ich war erst wie die Mutter, unkontrolliert. Jetzt bin ich mehr wie der Vater Von der Veranlagung her hab' ich mehr von der Mutter So zu sein wie die Mutter paßt nicht in mein Männerbild".

In seinen Urlauben unternimmt der Patient, oft gemeinsam mit einem Freund, gern weite Reisen, auch in andere Kontinente:

" Ja, Reisen heißt für mich Abenteuer. Daß man nicht weiß, was einen erwartet. Neue Eindrücke ...".

Trotz seiner Reiselust lebt der Patient sonst sehr zurückgezogen. Er hat zu Frauen bisher nur oberflächliche Kontakte .

In seiner Lebensgestaltung ist es für ihn ein zentrales Anliegen, aktiv zu sein, Dinge in die Hand zu nehmen. Passiv zu sein, abzuwarten fällt ihm sehr schwer, und läßt depressive Stimmungen in ihm aufkommen:

"Ich möcht' nicht erwarten, daß was vom Himmel fällt, ich möcht's selber machen Das Schlimme ist, wenn man (in einer schwierigen Situation) nichts tun kann ...".

"Wenn ich mir heute die 40jährigen anschau' Mit 40 ist alles so gesetzt, so eingefahren Die Zeit verrinnt, und ich schau' in den Spiegel und merke, daß ich auch nicht jünger werde ...".

Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich bei dem Patienten auf einer seiner Urlaubsreisen in einem anderen Kontinent. Der Patient ist jetzt 22 Jahre alt.

Hinweis:

Der zweite Krankheitsschub tritt auf der nächsten Urlaubsreise, ein halbes Jahr später, auf. Bei der körperlichen Arbeit in der Druckerei ist er zwischendurch den beiden Urlauben beschwerdefrei.

P A T I E N T I N 24

Die Patientin hat eine schwierige Kindheit. Die Beziehung zu beiden Eltern ist distanziert. Ihr Vater, der stark alkoholabhängig ist, kümmert sich kaum um seine Kinder. Die Mutter, eine emotional kühle Frau, ist ganztags berufstätig, um die Familie zu ernähren und hat wenig Zeit für ihre Kinder.

Nach der kaufmännischen Lehre arbeitet die Patientin als Büroangestellte am Heimatort ihrer Familie. Zu ihren Schwestern hat sie ein sehr enges Verhältnis. Alle Familienangehörigen grenzen sich gegenüber dem Vater ab.

Lebenssituation vor Krankheitsausbruch:

Mit 21 Jahren ereignet sich die Wende in ihrem Leben: Zusammen mit einer ihrer Schwestern hat sie einen schweren Verkehrsunfall. Die minderjährige Schwester, die den Wagen ohne Führerschein steuerte (von ihrer großen Schwester war sie wohl ans Steuer gelassen worden; Genauerer war bei dem Gespräch mit der Patientin nicht zu eruieren), stirbt am Unfallort. Die Patientin selbst überlebt als Beifahrerin mit schweren Verletzungen nach wochenlanger Bewußtlosigkeit.

Nach diesem einschneidenden Verlusterlebnis verändert sich das Lebensgefühl der Patientin radikal: Lebenslust und Interesse an Kontakten mit anderen Menschen weichen einer tief depressiven Grundstimmung, Selbstvorwürfe, am Tod der Schwester schuld zu sein, deuten sich indirekt an:

- " Vor meinem Unfall war ich ganz anders: Da machte ich, was ich wollte, ohne Rücksicht. Vor Jahren hab' ich sogar mit Gegenständen geworfen. Jetzt reiß' ich mich nur noch zusammen ... unterdrück' alles ...".
- " Ich glaube, alles ist vorbestimmt; seit dem Unfall glaube ich das. Ich frage mich: Warum die Schwester und nicht ich? Ich will mich jetzt mit allem abfinden. Was kommt, kommt. Wenn ich nächste Woche sterbe, wär's mir wurst".

Auf die Frage nach Suizidgedanken antwortet sie, das Leben sei Strafe genug: (Suizid?)

- " Nein, kein Grund Man muß das Leben durchstehen, krass ausgedrückt: die Hölle ...".
- " Nach dem Unfall war ich tot - unglücklich, daß ich zum Leben zurückkam - es war schön im Bewußtlosen".

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zieht sie aus ihrem Heimatort in eine mehrere 100 Kilometer entfernte Stadt -

- " um Abstand zu kriegen".

Die ersten Krankheitssymptome, die die Patientin als "schwere Grippe" bezeichnet, treten ca. 1 Jahr nach dem Unfall auf: Die Patientin fühlt sich "seelisch kaputt", ist emotional labil, "müde und arbeitsunlustig", hat Gelenkbeschwerden sowie nervöse Magenbeschwerden. Sie ist jetzt 22 Jahre alt.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- (1) ABRAHAM K:
 Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und
 andere Schriften.
 Fischer V., Frankfurt a. M. 1971
- (2) ADER R, COHEN N:
 Behaviorally conditioned immunosuppression.
 Psychosomatic Medicine 37: 33 - 340 1975
- (3) ADER R:
 Psychoneuroimmunology.
 Academic Press, N. Y. 1981
- (4) ADER R, COHEN N:
 Behaviorally conditioned immunosuppression and
 murine SLE.
 Science 215 (4539): 1534 - 1536 1982
- (5) ALLEN RE, PITTS FN:
 ECT for depressed patients with LE.
 Am. J. Psychiatry 135 (3): 367 - 368 1978
- (6) AMKRAUT AA, SOLOMON e.a.:
 Stress and hormonal intervention in the graft-versus-
 host response.
 Adv. Exp. Med. Biol. 29: 667 - 674 1972
- (7) ANDREASEN PB, HESHE J:
 Neuropsychiatric manifestations of SLE
 Foreign Psychiatry 2: 3 - 22 1973
- (8) ANONYM:
 Rheuma, Schmerz und Psyche. Kongreßbericht des Euro-
 päischen Rheumatologenkongresses Helsinki 1975.
 Selecta 32: 2784 - 2786 1975
- (9) ARGELANDER H:
 Das Erstinterview in der Psychotherapie.
 Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1970
- (10) BAHNSON CB:
 Stress and cancer: The state of the art, Part 2.
 Psychosomatics 22 (3): 207 - 220 1981

- (11) BAHNSON MB, BAHNSON CB:
Ego defenses in cancer patients.
Annals of the N. Y. Academy of Sciences 164 (2):
546 - 559 1969
- (12) BANDLER R, GRINDER J:
Metasprache und Psychotherapie.
2. überarbeitete Auflage, Jungfermann V., Paderborn 1984
- (13) BARTROP RW e.a.:
Depressed lymphocyte function after bereavement.
Lancet 8016: 834 - 836 1977
- (14) BAUSCHMID E:
Gesucht: die starken Väter.
Süddeutsche Zeitung, Nr. 217: 37 19.9.1984
- (15) BECK D:
Krankheit als Selbstheilung.
Erste Auflage, Suhrkamp Verlag, TB 973 1985
- (16) BECKER H:
Lebensgeschichte und Krankheitsverlauf bei Mamma-
Carcinom-Patientinnen.
Arbeitstagung: Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung
und Verlauf von Krebserkrankungen.
Heidelberg 1981
- (17) BERNSTEIN RM:
Cerebral Lupus: a peep into pandora's box.
Editorial. J. Rheumatology 9: 817 - 818 1982
- (18) BLACK S e. a.:
Inhibition of Mantoux reaction by direct suggestion
under hypnosis.
British Medical Journal 6: 1649 - 1652 1963
- (19) BLUESTEIN HG, ZVAIFLER NJ:
Antibodies reactive with central nervous system antigens.
Hum. Pathol. 14: 424 - 428 1983
- (20) BLUMBFRG E, WEST P, ELLIS F e. a.:
A possible relationship between psychological factors
and human cancer.
Psychosomatic Medicine 16: 277 - 286 1954

- (21) BLUMENFIELD M:
 Psychological aspects of SLE.
 Primary Care 5: 159 - 171 1978
- (22) BRÄUTIGAM W, CHRISTIAN:
 Wesen und Formen der psychotherapeutischen Situation.
 Handbuch der Neurosenlehre.
 Urban und Schwarzenberg Verlag, München 1959
- (23) BREDE K:
 Sozioanalyse psychosomatischer Störungen.
 Athenäum Verlag, Frankfurt a. M. 1972
- (24) BRESNIHAN B, HOHMEISTER R e. a.:
 The neuropsychiatric disorder in SLE: evidence for both
 vascular and immune mechanisms.
 Annals of the Rheumatic Diseases 38: 301 - 306 1979
- (25) CARETTE S, UROWITZ MB e. a.:
 Cranial computerized tomography in SLE.
 The Journal of Rheumatology 9: 855 - 859 1982
- (26) COBB S:
 Social support as a moderator of life stress.
 Psychosomatic Medicine 38: 300 - 314 1976
- (27) DAY G:
 The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis.
 Lancet I: 1025 - 1028 1951
- (28) DECHAMBRE RP e. a.:
 The effects of neonatal tactile stimulation on the adult
 response to Ehrlich sarcoma in mice.
 IRCS Medical Science 6: 472 1978
- (29) DECHAMBRE RP:
 Psychosozial stress and cancer in mice.
 In: BAMMER K, NEWBERRY BH (Eds):
 Stress and Cancer, Toronto 1981
- (30) DORIAN BJ e. a.:
 Aberrations in lymphocyte subpopulations and functions
 during psychological stress.
 Cli. Exp. Immunology 50: 132 1982

- (31) DUBOIS EL (Hrsg):
Lupus erythematosus.
2. Auflage, University of Southern California Press,
Los Angeles 1976
- (32) ENGEL GL:
A life setting conducive to illness: The giving-up-
given-up-complex.
Ann. Intern. Med. 69: 293 1968
- (33) FALKO JM, WILLIAMS JC e. a.:
Hyperlipoproteinemia and multifocal neurologic dys-
function in SLE.
Journal of Pediatrics, St. Louis. 95: 523 -529 1979
- (34) FEINGLASS EJ, ARNETT FC, e. a.:
Neuropsychiatric manifestations of SLE.
Medicine 55: 323 - 339 1976
- (35) FOERSTER K, FOERSTER G, GLATZEL J:
Symptomatische Schizophrenie bei LED.
Nervenarzt 47: 265 - 267 1976
- (36) FOX BH:
Psychosocial factors and the immune system in human
cancer.
In: ADER R (Ed): Psychoneuroimmunology.
Academic Press, N. Y.: 103 1981
- (37) FRIEDMAN SB, ADER R e. a.:
Protective effect of noxious stimulation in mice
infected with rodent malaria.
Psychosomatic Medicine 35: 535 - 537 1973
- (38) GANZ VH, GURLAND BJ e. a.:
The study of the psychiatric systems of SLE - a biometric
study.
Psychosomatic Medicine 34: 207 - 220 1972
- (39) GAUS E:
Zur Psychoimmunologie von Trauer und Verlust.
Vortrag auf der 20. Tagung des Deutschen Kollegiums für
Psychosomatische Medizin, Prien 1984
- (40) GAUS E, KUBANEK B:
Psychosoziale Faktoren und Immunkompetenz.
Der Internist 25: 667 - 673 1984

- (41) GAYLIS NB, ALTMAN RD e. a.:
The selective value of computed tomography of the brain
in cerebritis due to SLE.
The Journal of Rheumatology 9: 850 - 854 1982
- (42) GISLER RH:
Stress and hormonal regulation of the immune response
in mice.
Psychotherapy and Psychosomatics 23: 197 - 208 1974
- (43) GOODWIN JM, GOODWIN JS, KELLNER R:
Psychiatric symptoms in disliked medical patients.
JAMA 241: 1117 - 1120 1979
- (44) GREENE W, SWISHER SN:
Psychological and somatic variables associated with the
development and course of monozygotic twins discordant
for leukemia.
Ann. N. Y. Acad. Sci. 164: 394 - 408 1969
- (45) GREENSON R:
Technik und Praxis der Psychoanalyse I.
Klett Verlag, Stuttgart 1973
- (46) GURLAND BJ, HOFF, GANZ V e. a.:
The study of the psychiatric symptoms of SLE. A critical
review.
Psychosomatic Medicine 34: 199 - 206 1972
- (47) GUZE SB:
The occurrence of psychiatric illness in SLE.
Am. J. PSYCHIATRY 123: 1562 - 1570 1967
- (48) HABERMAS J:
Erkenntnis und Interesse.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M. 1968
- (49) HAHN P:
Klinisch-biographische Ansätze.
In: HAHN P (Hrsg) Psychosomatik, Band 1
Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Beltz Verlag, Basel 1983

- (50) HALL RCW, STICKNEY SK; GARDNER ER:
 Psychiatric symptoms in patients with SLE.
 Psychosomatics 22: 15 - 24 1981
- (51) HAMILTON DR:
 Immunosuppressive effects of predator induced stress
 in mice with acquired immunity to *Hymenolepsis nana*.
 J. Psychosom. Research 18: 143 - 150 1974
- (52) HART RG, SLAUGHTER JR:
 Case 42 - 1979: Systemic lupus erythematosus.
 New Engl. J. Med. 302: 520 - 521 1980
- (53) HERRMANN JM:
 Infektionskrankheiten.
 In: UEXKÜLL TH v. (Hrsg):
 Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
 Urban und Schwarzenberg, München: 609 - 706 1979
- (54) HERRMANN JM, SCHONECKE OW:
 Rheumatoide Arthritis.
 In: UEXKÜLL TH v. (Hrsg):
 Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin
 Urban und Schwarzenberg, München: 658 - 667 1979
- (55) HERRMANN TH:
 Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung.
 Hogrefe Verlag, Göttingen 1969
- (56) HOFFMANN SA e. a.:
 The influence of exercise on the growth of transplanted
 rat tumors.
 Cancer Research 22: 597 1962
- (57) HOHL J:
 Angehörige Psychiatrischer Patienten.
 Dissertation. Fachbereich Psychologie.
 Ludwig-Maximilians-Universität, München 1982
- (58) HOHMEISTER R, BRESNIHAN B, HUGHES GRV:
 Neuropsychiatrische Manifestationen bei Patienten mit LED.
 Schweiz. Med. Wochenschrift 108: 2007 - 2012 1978
- (59) HOW A, DENT PB e. a.:
 Antineuronal antibodies in neuropsychiatric SLE.
 Arthritis Rheum. 28: 789 - 795 1985

- (60) IMBODEN JB e. a.:
Convalescence von influenza: A study of psychological and clinical determinants.
Arch. Int. Med. 108: 393 - 399 1961
- (61) JÄGER L:
Klinische Immunologie und Allergologie.
Teil I und II. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage.
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1983
- (62) JENSEN MM, RASMUSSEN AF:
Stress and susceptibility to viral infections.
II. Sound stress and susceptibility to vesicular stomatitis virus.
J. Immunology 90: 21 - 23 1963
- (63) JENTSCH HJ, HAAS H e. a.:
Fokale Anfälle und Hemiplegie als Erstmanifestation eines SLE.
Therapiewoche 29: 1187 - 1194 1979
- (64) JOHNSON T e. a.:
The influence of avoidance-learning stress non resistance to Coxsackie B virus in mice.
J. Immunology 91: 569 - 574 1963
- (65) JORASCHKY P, KOEHLE K:
Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der Psychosomatischen Medizin.
In: UEXKÜLL TH v. (Hrsg):
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban und Schwarzenberg Verlag, München 1979
- (66) KÄMMERER W, KRÖGER F e. a.:
Zum psychosomatischen Umgang mit Schwerkranken: eine Patientin mit Lupus Erythematoses.
I. Die Behandlung auf der internistischen Allgemeinstation mit psychosomatischen Zusatzmöglichkeiten.
Vortrag auf der Tagung der DKPM, Windach am Ammersee 1981
- (67) KELLER R:
Immunologie und Immunpathologie. Eine Einführung.
2. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart 1981

- (68) KELLNER W:
Soziale Situation und Krankheit.
1. Auflage, Rathgeber Verlag, München 1975
- (69) KELLEY WN (Hrsg):
Textbook of Rheumatology.
1. Auflage, W. B. SAUNDERS Company, Philadelphia 1981
- (70) KIELY WF:
Coping with severe illness.
In: LIPOWSKI (Hrsg)
Advanced Psychosomatic Medicine 8: 105 - 118, Basel 1972
- (71) KLUSSMANN R:
Psychosomatische Aspekte der Gicht.
Beiheft zur Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und
Psychoanalyse, 11, Vandenhoeck und Ruprecht Verlag,
Göttingen 1983
- (72) KREINDLER S, CANCRO R:
An ego-psychological approach to psychiatric manifesta-
tions in SLE.
Diseases of the Nervous System 31: 102 - 107 1970
- (73) KRÖGER F, KÄMMFRER W, PETZOLD E:
Zum Psychosomatischen Umgang mit Schwerkranken: eine Pa-
tientin mit Lupus Erythematoses.
II. Fortsetzung der Behandlung auf der klinisch-psycho-
therapeutisch orientierten Station für Allgemein-klinische
und Psychosomatische Medizin.
Vortrag auf der Tagung der DKPM, Windach am Ammersee 1981
- (74) KRONFOL Z e. a.:
Catatonia and SLE.
Diseases of the Nervous System 38: 729 - 731 1977
- (75) KULESHA D, MOLDOFSKY H e. a.:
Brain scan lateralization and Psychiatric Symptoms in SLE.
Biological Psychiatry 16: 407 - 412 1981
- (76) LAUX G, WECK B:
Lupus erythematoses aus der Sicht des Psychiaters - Kasui-
stischer Beitrag zur Psychose Differentialdiagnostik.
Z. f. Allgemeinmedizin 55: 586 - 590 1979

- (77) Le SHAN LL:
An emotional life history pattern associated with neoplastic disease.
Ann. N. Y. Acad. Sci. 125: 780 - 793 1966
- (78) LEVINE S:
Psychophysiological effects on infantile stimulation.
In: BLISS EL (ed.):
Roots of behavior.
N. Y. 1962
- (79) LIANG MH, ROGERS M e. a.:
The psychosocial impact of SLE and Rheumatoid Arthritis.
Arthritis Rheum. 27: 13 - 19 1984
- (80) LOCKE SE e. a.:
The influence of stress on the immune response.
Annual Meeting, American Psychosomatic Society,
Washington DC, April 1st 1978
- (81) LOCKE SE e. a.:
Life change stress, psychiatric symptom and natural killer cell activity.
Psychosomatic Medicine 46: 238 -247 1984
- (82) Mac NEILL A, GRENNAN DM e. a.:
Psychiatric problems in SLE:
British J. Psychiatry 128: 442 - 445 1976
- (83) MAHLER M, PINE F, BERGMAN A:
Die psychische Geburt des Menschen.
S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., TB 6731 1978
- (84) MARSH JT e. a.:
Poliomyelitis in monkeys: Decreased susceptibility after avoidance stress.
Science 140: 1414 - 1415 1963
- (85) MAYER H:
Psychophysiologische Ansätze und Methoden.
In: HAHN P:
Psychosomatik Band 1.
Kindler's Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Beltz Verlag, Basel: 43 - 64 1983

- (86) Mc CLARY AR, MEYER E, WEITZMAN DT:
Observations of the mechanism of depression in some patients with disseminated lupus erythematosus.
Psychosomatic Medicine 17: 311 - 321 1955
- (87) MEERWEIN F:
Das ärztliche Gespräch.
2. Auflage, H. Huber Verlag, Bern 1974
- (88) MITSCHERLICH-NIELSEN M:
Müssen wir unsere Mütter hassen?
Emma 4 (4): 13 - 21, April 1980
- (89) MONJAN AA, COLLECTOR MI:
Stress-induced modulation of the immune response.
Science 196: 307 - 308 1977
- (90) MOSS RH, SOLOMON GF:
Psychologic comparisons between women with rheumatoid arthritis and their noarthritic sisters. Personality test and interview rating data.
Psychosomatic Medicine 27: 135 1965
- (91) MÜLLER AD e. a.:
Some psychological factors in patients with R. A..
Arth. Rheumat. 4: 275 1961
- (92) MUHLBOCK O:
Influence of environment on the incidence of mammary tumors in mice.
Acta Int. Union Against Cancer 7: 351 1951
- (93) NÜSSEL E:
Epidemiologische Ansätze.
In: HAHN P: (Hrsg):
Psychosomatik Band 1.
Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Beltz Verlag, Basel, 99 - 103 1983
- (94) PETERS LJ, KELLY H:
The influence of stress and stress hormones on the transplantability of a non-immunogenic syngenetic murine tumor.
Cancer 39: 1482 - 1488 1977
- (95) PETERS UH:
Strukturelle Interpretation einer sogenannten symptomatischen Schizophrenie.
Psychiatria Clinica 9: 148 - 167 1976

- (96) O'CONNOR FJ:
Psychosis associated with SLE.
Ann. Int. Med. 51: 526 - 536 1959
- (97) von RAD M:
Karzinomerkrankungen. Grundfragen psychosomatischer
Krebsforschung.
In: HAHN P (Hrsg):
Psychosomatik Band 1.
Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Beltz Verlag, Basel 1983
- (98) RASMUSSEN AF Jr:
Emotions and immunity.
Ann. N. Y. Acad. Sci. 164: 458 - 461 1969
- (99) RAVINDRAN A; CARNEY MWP, DENMAN AM:
Systemic lupus erythematosus presenting as morbid
jealousy.
Postgraduate Medical J. 56: 419 - 420 1980
- (100) RILEY V:
Mouse mammary tumors: Alteration of incidence as
apparent function of stress.
Science 189: 465 - 467 1975
- (101) ROGERS MP, DUBEY D, REICH P:
The influence of the psyche and the brain on immunity
and disease susceptibility: A critical review.
Psychosomatic Medicine 41: 147 - 164 1979
- (102) ROITT I:
Essential immunology.
Blackwell Scientific Publications, 5th edition, Oxford 1984
- (103) RUDIN DO:
Covert transport dysfunction in the choroid plexus as a
possible cause of schizophrenia.
Schizophrenia Bulletin 5: 623 - 626 1979
- (104) SCHLEIFER SJ e. a.:
Suppression of lymphocyte stimulation following
bereavement.
JAMA 250: 374 1983

- (105) SCHMALE AH:
 Giving up as a final common pathway to changes in health.
 In: LIPOWSKI (Hrsg):
 Advanced psychosomatic Medicine 8: 20 - 41, Basel 1972
- (106) SCHMALE AH, IKER HP:
 The psychological setting of uterine cervical cancer.
 Ann. N. Y. Acad. Sci. 125: 807 - 813 1966
- (107) SCHMIDBAUER W:
 Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe.
 Rowohlt Verlag, Reinbek / Hamburg 1977
- (108) SCHOETTLER C:
 Zur Behandlungstechnik bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten.
 Psyche 2: 111 - 141 1981
- (109) SELIGMAN M:
 Erlernte Hilflosigkeit.
 Urban und Schwarzenberg Verlag, München 1979
- (110) SERGENT JS, LOCKSHIN MD e. a.:
 Central nervous system disease in SLE - therapy and prognosis.
 Ann. J. Med. 58: 644-645 1975
- (111) SHONTZ FC:
 The personal meaning of illness.
 In: LIPOWSKI (Hrsg):
 Advanced psychosomatic medicine 8: 63 - 85 1972
- (112) SIEGENTHALER W, JENNY S:
 Anamnese und intuitive Einfühlung.
 In: SIEGENTHALER W (Hrsg):
 Hegglin / Siegenthaler-Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
 Kapitel 2: 2.1. - 2.15., G. Thieme Verlag, Stuttgart 1980
- (113) SKLAR LS, ANISMAN H:
 Stress and coping factors influence tumor growth.
 Science 205: 513 - 515 1979

- (114) SKLAR LS, ANISMAN H:
Social stress influences tumor growth.
Psychosomatic medicine 42: 347 - 365 1980
- (115) SKLAR LS, ANISMAN H:
Stress and cancer.
Psychological Bull. 89: 369 - 406 1981
- (116) SÖNNICHSEN N, DIETZEL W e. a.:
Neuere Untersuchungen zur Pathogenese des Lupus erythematodes.
Der Hautarzt 30: 567 - 576 1979
- (117) STERN M, ROBBINS E:
Psychosis in SLE.
Arch. Gen. Psychiatry 3: 205 1960
- (118) STICKL H:
Einfluß der Umwelt auf das Immunsystem.
Fortschritte der Medizin 99: 382 - 386 1981
- (119) SOLOMON GF:
Stress and antibody response in rats.
Int. Arch. Allergy Appl. Immunol. 35: 97 - 104 1969
- (120) SOLOMON GF, AMKRAUT AA e. a.:
Immunity, emotions and stress.
Ann. Clin. Res. 6: 313 - 322 1974
- (121) SOLOMON GF, LEVINE S e. a.:
Early experience and immunity.
Nature (Lond.) 220: 821 - 822 1968
- (122) TEMESVARI P, DENBURG J e. a.:
Serum lymphocytotoxic antibodies in neuropsychiatric lupus: a serial study.
Clin. Immunol. Immunopathol. 28: 243 - 251 1983
- (123) THOMAS CB:
Precursors of premature disease and death: the predictive potential of habits and family attitudes.
Ann. Intern. Med. 85: 653 - 658 1976

- (124) VOGT R:
 Wissenschaftliche Leitlinien in ihrer Bedeutung für die
 Psychosomatische Medizin.
 In: HAHN P (Hrsg):
 Psychosomatik, Band 1.
 Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts.
 Beltz Verlag, Basel 1983
- (125) WAITZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON DD:
 Menschliche Kommunikation.
 Huber Verlag, Bern 1972
- (126) WOTTAWA H:
 Besondere Probleme der empirisch-analytischen Forschung
 im Bereich der Psychosomatik.
 In: HAHN P (Hrsg):
 Psychosomatik, Band 1.
 Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts.
 Beltz Verlag, Basel 1983
- (127) ZANDER W:
 Psychodynamische Faktoren bei einigen rheumafaktor-ne-
 gativen polyarthritischen Erkrankungen.
 Münchner Medizinische Wochenschrift 117: 1475 - 1478 1975
- (128) ZVAIFLER N:
 Etiology and pathogenesis of SLE.
 In: KELLEY WN (Hrsg):
 Textbook of Rheumatology.
 1. Auflage, Kapitel 68, W. B. Saunders Company,
 Philadelphia 1981

LEBENS LAUF

15. Dezember 1955	geboren in München
1962 - 1966	Volksschule an der Grandlstraße, München
1966 - 1975	Elsa-Brandström-Gymnasium, München
1975 - 1982	Studium der Humanmedizin an der Ludwigs-Maximilians-Universität, München
März 1983	Approbation zur Ärztin
April 1983 - März 1985	Ärztin bei der Luftrettung GmbH des ADAC e.V.
Februar - Juni 1984	Unterbrechung dieser Tätigkeit, Assistentin in zwei Landarztpraxen
16.2.84 - 31.3.84	im Landkreis Dachau
15.4.84 - 03.6.84	im Landkreis Wasserburg
seit 1.4.85	Stationsärztin in der Klinik St. Irmingard, Priem - Rehabilitationsabteilung für Herz- Kreislaufkrankungen

